

# **Pedoman Pelaksanaan PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI**

**bagi**

# **PENYANDANG DISABILITAS USIA DEWASA**



**Katalog Dalam Terbitan, Kementrian Kesehatan RI**

**613.043 3**

**Ind  
p**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal  
Kesehatan Masyarakat

**Pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi  
Bagi penyandang disabilitas usia dewasa.** \_\_\_\_ Jakarta :  
Kementerian Kesehatan RI. 2017

ISBN 978-602-416-361-7

1. Judul I. REPRODUCTION
- II. ADOLESCENT HEALTH SERVICES
- III. HEALTH SERVICES FOR PERSONS WITH DISABILITIES

613.043 3  
Ind  
p

**PEDOMAN PELAKSANAAN  
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI  
BAGI PENYANDANG DISABILITAS  
USIA DEWASA**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2017**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya, **Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa** ini selesai disusun. Pedoman ini merupakan salah satu acuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sesuai yang diamanatkan pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

Pedoman berisi petunjuk pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa (18 tahun ke atas), berupa pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, serta pembagian peran dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.

Kami berharap pedoman ini dapat digunakan sebagai panduan oleh semua pihak yang berperan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa, guna memastikan pemenuhan hak kesehatan reproduksi dan meningkatkan kualitas hidup penyandang disabilitas agar sehat, mandiri, dan produktif.

Kami sampaikan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi, dan WHO yang telah mendukung penyusunan pedoman ini. Saran dan masukan dalam upaya penyempurnaan pedoman ini terus kami harapkan. Semoga pedoman ini dapat bermanfaat dalam upaya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.

Jakarta, Desember 2017  
Direktur Kesehatan Keluarga,



  
**dr. Eni Gustina, MPH**

## **SAMBUTAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

Setiap tanggal 3 Desember kita memperingati Hari Disabilitas Internasional sebagai bentuk upaya peningkatan kesadaran masyarakat terhadap isu disabilitas serta wujud kepedulian dan dukungan kepada penyandang disabilitas agar hak, martabat dan kesejahteraannya setara dengan warga lainnya. Pada tahun 2017, Hari Disabilitas Internasional di Indonesia mengambil tema *Menuju Masyarakat Inklusif, Tangguh dan Berkelanjutan*. Tema tersebut saya anggap penting karena sejalan dengan amanat UUD 1945 dan komitmen Pemerintah dalam mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ *Sustainable Development Goals* (TPB/SDG).

Dalam kaitan dengan sektor kesehatan, upaya mewujudkan masyarakat inklusif tersebut menjadi tantangan untuk memastikan bahwa seluruh komponen dalam sistem kesehatan responsif terhadap isu disabilitas. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus terjangkau dan dapat diakses dengan mudah oleh penyandang disabilitas. Media dan metode promosi kesehatan juga perlu dipastikan agar dapat dengan mudah ditangkap dan dipahami oleh penyandang disabilitas. Demikian juga setiap petugas kesehatan harus sensitif terhadap isu disabilitas dan responsif dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Setiap program kesehatan masyarakat harus dipastikan dapat menjangkau dan terjangkau setiap warga negara tanpa kecuali (*no one left behind*), termasuk penyandang disabilitas.

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, salah satu hak kesehatan yang wajib

dipenuhi bagi penyandang disabilitas adalah akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, baik bagi laki-laki maupun perempuan. Dalam kaitan ini, saya menyambut baik disusunnya **Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa**. Saya harap pedoman ini dapat dijadikan acuan bagi tenaga kesehatan dan petugas terkait dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa secara komprehensif, baik upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Saya juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada seluruh pihak yang telah bekerja bersama dan berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini bermanfaat dalam penyelenggaraan program kesehatan reproduksi di Indonesia, khususnya dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa.

Jakarta, Desember 2017  
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat  
  
dr. Anung Sugihantono, M.Kes

i

## UCAPAN TERIMA KASIH

**Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Usia Dewasa** disusun Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan lintas program/lintas sektor terkait, organisasi profesi, organisasi penyandang disabilitas, lembaga swadaya masyarakat, dan mitra pembangunan.

### SEKTOR KESEHATAN

- Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta

- Puskesmas Mergangsan, Yogyakarta
- RSUD Kota Yogyakarta

### **LINTAS SEKTOR LAINNYA**

- Direktorat Kepesertaan dan Pemasyarakatan, BPJS Kesehatan
- Direktorat Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial dan Korban Perdagangan Orang, Kementerian Sosial
- Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial
- Asdep Perlindungan Hak Perempuan dalam Situasi Darurat dan Kondisi Khusus, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

### **ORGANISASI PROFESI KESEHATAN**

- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PP IBI)
- Perhimpunan Besar Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Indonesia (PB PERDOSRI)
- Perhimpunan Dokter Gizi Medik Indonesia (PDGMI)
- Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik Indonesia (PDS Patklin)
- Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesi dan Terapi Intensif Indonesia (Perdatin)
- Pengurus Besar Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (PB POGI)
- Ikatan Ahli Ilmu Faal Indonesia (IAIFI) Cabang Jakarta
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia (Persagi)
- Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI)
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI)

## **LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT**

- Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan
- Rutgers WPF Indonesia
- Lembaga SAPDA

## **ORGANISASI PENYANDANG DISABILITAS**

- Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia (HWDI)
- Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Pusat
- Yayasan Santi Rama
- Persatuan Tunanetra Indonesia (Pertuni)
- Yayasan Sehat Jiwa Raga (Sehjira)
- Perkumpulan Penyandang Disabilitas Indonesia (PPDI)
- Ikatan Sindroma Down Indonesia (ISDI)
- Yayasan Sayap Ibu (YSI)
- Federasi Kesejahteraan Penyandang Cacat Tubuh Indonesia (FKPCTI)
- Pusat Studi dan Informasi Kecacatan Indonesia (PSIKI)

## **MITRA PEMBANGUNAN**

- WHO Indonesia
- UNFPA Indonesia



## DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar</b> .....	iii
<b>Sambutan Kementerian Kesehatan RI</b> .....	v
Ucapan Terimakasih .....	vii
Daftar Isi .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
Daftar Istilah .....	xv
Daftar Singkatan .....	xx
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	5
C. Ruang Lingkup .....	6
D. Sasaran .....	6
E. Dasar Hukum.....	7
 <b>BAB II KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI</b>	
A. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi .....	11
B. Hak Reproduksi .....	12
C. Pendekatan Siklus Hidup .....	14
 <b>BAB III KARAKTERISTIK KHUSUS DAN KERENTANAN PENYANDANG DISABILITAS USIA DEWASA</b>	
A. Karakteristik Penyandang Disabilitas .....	17
B. Kerentanan Penyandang Disabilitas terhadap Masalah Kesehatan Reproduksi .....	27
C. Tata Cara Berinteraksi dengan Klien Penyandang Disabilitas	35

**BAB IV PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN  
REPRODUKSI BAGI PENYANDANG DISABILITAS USIA**

**DEWASA**

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak .....	41
B. Pelayanan Keluarga Berencana .....	51
C. Pelayanan Kesehatan Seksual .....	54
D. Pencegahan dan Penanganan Penyakit Tidak Menular (Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim) .....	56
E. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia .....	59
F. Pencegahan dan Penanganan IMS dan HIV AIDS .....	61
G. Pelayanan Kekerasan Seksual .....	65

**BAB V PERAN KELUARGA, MASYARAKAT, PEMERINTAH,  
DAN SWASTA**

A. Peran Keluarga .....	71
B. Peran Masyarakat .....	71
C. Peran Pemerintah .....	73
D. Peran Swasta .....	77

**BAB VI PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

A. Pencatatan dan Pelaporan .....	79
B. Monitoring dan Evaluasi .....	80

**BAB VII PENUTUP**

Daftar Pustaka .....	83
Lampiran .....	85

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pengukuran Tinggi Badan dan Panjang Badan
- Lampiran 2. Pengukuran Berat Badan
- Lampiran 3. Penentuan Status Gizi
- Lampiran 4. Jenis Pemeriksaan ANC
- Lampiran 5. Teknik Pengukuran SADARI
- Lampiran 6. Teknik Pengukuran SADANIS
- Lampiran 7. Teknik Pemeriksaan IVA
- Lampiran 8. Pemeriksaan Tingkat Kemandirian (Instrumen ADL)
- Lampiran 9. Pemeriksaan Status Mental (Instrumen GDS)
- Lampiran 10. Tatalaksana Pencegahan Pasca Pajanan HIV AIDS
- Lampiran 11. Algoritma Pendekatan Sindrom IMS
- Lampiran 12. Instrumen Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Kesehatan yang Responsif Gender terhadap Penyandang Disabilitas

## DAFTAR ISTILAH

AIDS ( <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> )	Suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.
Andropause	keluhan yang timbul berkaitan dengan penurunan fungsi hormone androgen pada semua laki-laki.
Amniosintesis	Prosedur untuk menguji cairan ketuban (amnio) yang ada di rahim wanita hamil
Audio Deskripsi	Trek audio terpisah yang menarasikan atau menjelaskan konten visual dari klip, acara, maupun film
Audio Visual	Penggunaan komponen suara (audio) dan komponen gambar (visual) dengan menggunakan beberapa peralatan.
Braille	Sistem tulisan sentuh yang menggunakan titik-titik yang timbul yang mewakili karakter tertentu dan digunakan oleh disabilitas netra
<i>Captioning</i>	Penjelasan singkat atau deskripsi yang menyertai ilustrasi gambar atau video
<i>Care Giver</i>	Seorang individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya
Debil	Berdaya pikir rendah atau berkemampuan berpikir tidak lebih

	daripada daya pikir anak yang berumur 12 tahun
Disabilitas Fisik	Penyandang disabilitas fisik adalah terganggunya fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, cerebral palsy (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil.
Disabilitas Intelektual	Penyandang disabilitas intelektual adalah terganggunya fungsi pikir karena tingkat kecerdasan di bawah rata-rata, antara lain lambat belajar, disabilitas grahita dan down syndrome.
Disabilitas Sensorik	Penyandang disabilitas sensorik adalah terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara
Disabilitas Mental	Penyandang disabilitas mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku
Geriatri	Cabang ilmu kedokteran yang mempelajari masalah kesehatan pada usia lanjut

Ekstremitas	Tulang anggota gerak badan yang terdiri dari lengan (ekstremitas atas) dan kaki (ekstremitas bawah)
Imbosil	Salah satu gangguan mental yang disebabkan oleh kelainan genetik
<i>Informed Choice</i>	Membuat pilihan setelah mendapatkan penjelasan tentang asuhan/perawatan yang akan dialaminya.
<i>Informed Consent</i>	Pernyataan pasien atau yang sah mewakilinya yang isinya berupa persetujuan atas rencana tindakan kedokteran yang diajukan oleh dokter setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan atau penolakan
Intelegensia	Suatu kemampuan mental yang melibatkan proses berpikir secara rasional
Kontrasepsi	Metode atau alat yang digunakan untuk mencegah kehamilan
<i>Marginal</i>	Suatu kelompok yang jumlahnya sangat kecil atau kaum yang terpinggirkan

Mamografi	Rontgen dada untuk mendeteksi kanker payudara
Medikolegal	Suatu ilmu terapan yang melibatkan 2 aspek ilmu yaitu ilmu kedokteran dan ilmu hukum
Menopause	Berhentinya kemampuan reproduksi perempuan. Biasanya terjadi pada akhir usia 40-an atau awal 50-an yang menandakan akhir dari fase subur kehidupan seorang perempuan.
Motorik	Perilaku gerakan yang dilakukan oleh tubuh manusia
Pap Smear	Prosedur pengambilan sampel sel dari leher rahim untuk memastikan ada atau tidak adanya ketidaknormalan yang dapat mengarah kepada kanker leher rahim pada wanita
Prostesis	Alat buatan yang menyerupai bentuk bagian tubuh untuk menggantikan bagian tubuh tersebut yang hilang atau rusak akibat trauma, penyakit, kondisi prakelahiran

<i>Servicograf</i>	Pemeriksaan dengan melakukan pembesaran foto leher rahim dengan alat khusus (leher rahimkop)
<i>Stereotype</i>	Penilaian terhadap seseorang hanya berdasarkan persepsi terhadap kelompok dimana orang tersebut dapat dikategorikan
<i>Stunting</i>	Kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya
<i>Bipolar</i>	Gangguan mental yang menyerang kondisi psikisseseorang yang ditandai dengan perubahan suasana perasaan yang sangat ekstrim berupa mania dan depresi ( <i>manic depressive</i> )
<i>Sphygmomanometer</i>	Alat yang digunakan untuk mengukur tekanan darah yang bekerja secara manual saat memompa maupun mengurangi tekanan pada manset dengan system non invasif
<i>Filantropi</i>	Cinta kasih (kedermawanan dan sebagainya) kepada sesama

Biopsi	Pemeriksaan terhadap organisme, organ, atau jaringan yang hidup
Etiologi	Cabang ilmu kedokteran tentang sebab dan asal penyakit
Prakonsepsi	Masa sebelum pencampuran antara inti sel betina (pembuahan benih)
Skinfold caliper	Alat ukur ketebalan lemak
Skizofrenia	Gangguan jiwa kronis yang ditandai dengan adanya gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif
Anxietas	Suatu perasaan yang tidak nyaman, khawatir disertai dengan gejala-gejala otonom, seperti sakit kepala, perspirasi, palpitasi, rasa tidak enak perut, atau kegelisahan motorik

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	<i>Antenatal Care</i>
ASI	Air Susu Ibu
BB	Berat Badan
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BPS	Badan Pusat Statistik
Catin	Calon Pengantin
DJJ	Denyut Jantung Janin
DNA	<i>Deoxyribose-Nucleic Acid</i>
Fasyankes	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
HIV	<i>Human Immonodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Pappiloma Virus</i>
ICPD	<i>International Conference on Population and Development</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
IQ	<i>Intelligence Quotient</i>
IVA	Inspeksi Visual Asam Asetat
KB	Keluarga Berencana
KDRT	Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Kespro	Kesehatan Reproduksi
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
LiLA	Lingkar Lengan Atas
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
NSPK	Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
PB	Panjang Badan
PD	Penyanggah Disabilitas
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatus <i>Emergency</i> Dasar
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Risti	Risiko Tinggi
SADANIS	Pemeriksaan Payudara Klinis
SADARI	Pemeriksaan Payudara Sendiri
SRQ	<i>Self Rating Questionnaire</i>
Susenas	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TB	Tinggi Badan
TT	<i>Tetanus Toxoid</i>
USG	<i>Ultrasonography</i>
UU	Undang-Undang
WUS	Wanita Usia Subur
PTM	Penyakit Tidak Menular

PMT	Pemberian Makanan Tambahan
STR	Surat Tanda Registrasi
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
MMSE	Mini Mental State Examination
ADL	<i>Activity of Daily Living</i>
RDT	<i>Rapid Diagnostic Test</i>
KTIP	Konseling dan Test HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
ARV	Antiretroviral
PPIA	Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
VL	<i>Viral Load</i>
KtD	Kehamilan tidak Diinginkan
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
BMI	<i>Body Mass Index</i>
IMT	Indeks Masa Tubuh
TFU	Tinggi Fundus Uteri
BTA	Bakteri Tahan Asam
SSK	Sambungan Skuamo Kolumnar

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.<sup>1</sup> Pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Pada periode 2015-2019, pembangunan kesehatan diselenggarakan melalui **Program Indonesia Sehat** dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi.

Kesehatan reproduksi sangat terkait erat dengan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian. Dengan memberikan perhatian yang besar terhadap kesehatan reproduksi, dapat menjadi investasi jangka panjang dalam upaya peningkatan kualitas bangsa. Oleh karena itu, penanganan masalah kesehatan reproduksi perlu dilaksanakan secara bersama-sama dalam upaya peningkatan status kesehatan, serta keadilan dan kesetaraan gender. Dalam kaitan ini, Indonesia menjadi salah satu negara yang menyepakati hasil Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and*

---

<sup>1</sup> Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

*Development/ICPD*) di Kairo pada tahun 1994, yang telah menghasilkan perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan, dari yang semula menggunakan pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi dan hak reproduksi perorangan. Secara eksplisit rencana aksi ICPD memberikan mandat kepada seluruh pemerintah di semua tingkatan untuk memperhatikan kebutuhan dan hak penyandang disabilitas dan untuk menghilangkan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas yang berkaitan dengan hak reproduksi, rumah tangga, dan pembentukan keluarga<sup>2</sup>.

Sejalan dengan komitmen global tersebut, Pemerintah telah menandatangani *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas) pada tahun 2007 di New York, Amerika Serikat. Resolusi tersebut memuat hak-hak penyandang disabilitas dan negara-negara pihak mengakui bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk mendapatkan standar kesehatan tertinggi yang tersedia tanpa diskriminasi. Negara-negara pihak harus mengambil kebijakan yang diperlukan untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang responsif gender.

Sebagai tindak lanjut komitmen global tersebut, Indonesia menindaklanjuti dengan menerbitkan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Kemudian pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamatkan

---

<sup>2</sup> WHO and UNFPA. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. 2009

pemerintah untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang disabilitas untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis. Hal ini dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas yang mengamanatkan bahwa salah satu hak bagi penyandang disabilitas adalah hak kesehatan reproduksi yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Hal ini juga menjadi salah satu komitmen negara untuk menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi, dan hak reproduksi, yang termasuk dalam sasaran dalam pelaksanaan pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (TPB/SDGs).

Menurut WHO, lebih dari 1 miliar orang atau 15% dari populasi dunia, atau 1 dari 7 orang mengalami kecacatan, yaitu antara 110 juta (2.2%) dan 190 juta (3.8%) orang yang berusia 15 tahun dan lebih tua, mengalami kesulitan dalam fungsi tubuhnya<sup>3</sup>. Selain itu, diperkirakan bahwa 93 juta anak-anak atau 1 dari 20 anak usia di bawah 15 tahun, hidup dengan disabilitas sedang atau berat<sup>4</sup>. Tingkat disabilitas meningkat sebagian dikarenakan penuaan usia dan kondisi kesehatan yang kronis.

Sementara itu berdasarkan hasil Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang dilaksanakan Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2012, jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 6 juta orang, terdiri dari 30% disabilitas netra, 8% disabilitas rungu-wicara, 7% disabilitas grahita/intelektual, 10% disabilitas tubuh, 3%

---

<sup>3</sup> WHO. *Disability and Health*. Sumber: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/Reviewed> November 2016. Diunduh 23 Januari 2017 Pukul 10.00 WIB.

<sup>4</sup> WHO. *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for all People with Disability*. 2015

disabilitas yang sulit mengurus diri sendiri, dan sekitar 40% disabilitas ganda<sup>5</sup>.

Penyandang disabilitas umumnya memiliki keterbatasan akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan<sup>6</sup>. Sebagian besar penyandang disabilitas di Indonesia hidup dalam kondisi rentan, terbelakang, dan/atau miskin yang disebabkan masih adanya pembatasan, hambatan, kesulitan, dan pengurangan atau penghilangan hak penyandang disabilitas. Stigma, prasangka, dan penolakan akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan partisipasi dalam masyarakat menyebabkan penyandang disabilitas akan berisiko hidup dalam kemiskinan<sup>7</sup>.

Salah satu permasalahan kesehatan pada penyandang disabilitas terkait kesehatan seksual dan reproduksi, diantaranya masih kurangnya pengetahuan komprehensif mengenai HIV dan pengetahuan kontrasepsi. Penelitian HWDI (2016) menyebutkan hanya 5% perempuan tuna rungu dan aktif secara seksual yang menggunakan kondom saat melakukan hubungan seks. Sementara itu 75%) responden tidak memiliki asuransi kesehatan dan tidak tahu dimana dapat mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Kebutuhan seksual dan perkawinan responden juga diabaikan oleh orang tua, pengasuh, dan keluarga. Selain itu juga dilaporkan adanya kasus perkosaan dan bentuk kekerasan seksual lainnya di berbagai tempat

---

<sup>5</sup> Ditjen Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial RI. Pelayanan Penyandang Disabilitas Dalam Menggunakan Berbagai Sarana Akseibilitas Sumber: <http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=18765> Diunduh 22 Januari 2017 Pukul 22.00 WIB.

<sup>6</sup> WHO. *Disability and Health*. Sumber: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> Reviewed November 2016. Diunduh 23 Januari 2017 Pukul 10.00 WIB.

<sup>7</sup> WHO and UNFPA. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. 2009

seperti sekolah, rumah pribadi, tempat kerja, dan tempat umum lainnya terhadap responden<sup>8</sup>.

Pada tahun 2015 Kementerian Kesehatan telah menyusun Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Netra dan Rungu Wicara bagi Tenaga Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat. Pedoman tersebut berisi materi tentang kesehatan reproduksi untuk penyandang disabilitas anak dan remaja untuk dua tipe disabilitas, yakni netra dan rungu-wicara. Mengingat upaya peningkatan kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui pendekatan siklus hidup, dimana kebutuhan akan pelayanan kesehatan untuk setiap tahapan individu berbeda, serta untuk memenuhi amanat Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, maka perlu disusun pedoman sebagai panduan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa (18 tahun ke atas).

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Terselenggaranya pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Tersedianya acuan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa.
- b. Teridentifikasinya peran dan tanggung jawab lintas program dan lintas sektor dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa.

---

<sup>8</sup> HWDI and UNFPA. *Gender Based Violence Issues and Sexual Reproductive Health Needs of Women with Disabilities in Jakarta, Indonesia*. 2016

- c. Meningkatnya koordinasi antara sektor kesehatan, sektor sosial, dan sektor terkait lainnya dalam pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa baik di tingkat pusat maupun di daerah.

### **C. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup pedoman ini meliputi:

1. Karakteristik dan kerentanan penyandang disabilitas usia dewasa terkait kesehatan reproduksi.
2. Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa.
3. Peran keluarga, masyarakat, pemerintah, dan swasta dalam peningkatan kesehatan reproduksi pada penyandang disabilitas usia dewasa
4. Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi pada penyandang disabilitas usia dewasa.

### **D. Sasaran**

1. Sasaran pelaksana pedoman ini adalah:
  - a. Tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (FKTP dan FKRTL)
  - b. Pengelola program kesehatan reproduksi di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
  - c. Penggiat dan pemerhati bidang disabilitas, terutama yang berfokus pada penyandang disabilitas usia dewasa
  - d. Institusi, mitra pembangunan, dan mitra kerja terkait program kesehatan reproduksi dan penyandang disabilitas
2. Sasaran penerima manfaat pedoman ini adalah penyandang disabilitas usia dewasa (18 tahun keatas) dan orang tua/pendamping.

## **E. Dasar Hukum**

1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
6. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan UU Nomor 23 Tahun 2012 tentang Perlindungan Anak
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
8. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
9. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
10. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan,

- Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim
  26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 53 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Hepatitis Virus
  27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
  28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
  29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
  30. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
  31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
  32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017
  33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi
35. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
36. Peraturan Menteri Sosial Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan.

## **BAB II**

### **KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI**

#### **A. Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi**

##### **1. Pengertian Kesehatan Reproduksi**

Pengertian kesehatan reproduksi menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 71 dan Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, yaitu keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan pelayanan kesehatan reproduksi adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, yang berkontribusi terhadap kesehatan reproduksi.

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu unsur mendasar dan terpenting dari kesehatan manusia, baik laki-laki maupun perempuan. Pada dasarnya, setiap individu dan/atau pasangan memiliki hak untuk mendapatkan keturunan maupun tidak mendapatkan keturunan, hak untuk hamil maupun tidak hamil, hak untuk menentukan kapan ingin mempunyai anak serta jumlah anak yang diinginkan, serta hak untuk mencapai standar kesehatan seksual dan reproduksi tertinggi.

Kesehatan reproduksi tidak lepas dari upaya pemenuhan hak-hak reproduksi dan semua isu terkait kesehatan reproduksi manusia yang sebagian sangat sensitif, seperti kesehatan seksual, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), kesehatan reproduksi remaja, dan kesehatan reproduksi pada kelompok berisiko dan kelompok marjinal.

## **2. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi**

Menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga Berencana
- c. Pencegahan dan penanganan IMS termasuk HIV AIDS
- d. Kesehatan reproduksi remaja
- e. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi
- f. Pencegahan dan penanganan infertilitas
- g. Kesehatan reproduksi lanjut usia
- h. Deteksi dini kanker saluran reproduksi
- i. Kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan, fistula, dan sebagainya.

## **B. Hak Reproduksi**

Hak reproduksi yaitu hak asasi manusia yang dimiliki oleh setiap manusia yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya. Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 pada bagian keenam tentang Kesehatan Reproduksi dinyatakan bahwa setiap orang berhak:

- a. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
- b. Menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.

- c. Menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- d. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Menurut Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016, salah satu hak penyandang disabilitas adalah hak kesehatan. Hak kesehatan untuk penyandang disabilitas meliputi hak:

- a. memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan;
- b. memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- c. memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
- d. memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- e. memperoleh alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhannya;
- f. memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
- g. memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis; dan
- h. memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Selain hak penyandang disabilitas tersebut, perempuan dengan disabilitas memiliki hak:

- a. atas kesehatan reproduksi;
- b. menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi;

- c. mendapatkan perlindungan lebih dari perlakuan diskriminasi berlapis; dan
- d. untuk mendapatkan perlindungan lebih dari tindak kekerasan, termasuk kekerasan dan eksploitasi seksual.

Sedangkan anak penyandang disabilitas memiliki hak:

- a. mendapatkan perlindungan khusus dari diskriminasi, penelantaran, pelecehan, eksploitasi, serta kekerasan dan kejahatan seksual;
- b. mendapatkan perawatan dan pengasuhan keluarga atau keluarga pengganti untuk tumbuh kembang secara optimal;
- c. dilindungi kepentingannya dalam pengambilan keputusan;
- d. perlakuan anak secara manusiawi sesuai dengan martabat dan hak anak;
- e. Pemenuhan kebutuhan khusus;
- f. perlakuan yang sama dengan anak lain untuk mencapai integrasi sosial dan pengembangan individu; dan
- g. mendapatkan pendampingan sosial.

### **C. Pendekatan Siklus Hidup**

Pendekatan siklus hidup yaitu pendekatan yang memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap tahap siklus hidup, dan kesinambungan antar tahap siklus hidup tersebut. Dikenal 5 tahap siklus hidup yaitu ibu hamil dan konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur, dan usia lanjut.

Status kesehatan pada masing-masing tahap siklus hidup sangat berpengaruh satu sama lainnya, terutama pada perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan mempunyai kodrat untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui, dan mengalami menopause. Sebagai contoh, remaja perempuan yang anemi jika tidak mendapat intervensi akan

mengalami anemi pada saat ia hamil di kemudian hari, yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan maternalnya. Ibu hamil dengan anemia berisiko tinggi mengalami perdarahan pada saat melahirkan, dan bayi yang dilahirkan berisiko mengalami BBLR. Bayi BBLR ini akan tumbuh menjadi anak yang stunting dan memiliki status kesehatan yang kurang baik, dan berdampak lebih lanjut terhadap kesehatannya di masa dewasa dan lanjut usia. Oleh karena itulah dalam pelayanan kesehatan reproduksi perlu dilaksanakan dengan pendekatan siklus hidup. Dengan pendekatan siklus hidup, diharapkan masalah kesehatan reproduksi pada tiap tahap siklus hidup dapat diperkirakan dan ditangani dengan baik sesuai dengan kebutuhannya, sehingga dapat mencegah kemungkinan munculnya dampak buruk terhadap tahapan siklus hidup selanjutnya.



### **BAB III**

## **KARAKTERISTIK KHUSUS DAN KERENTANAN PENYANDANG DISABILITAS USIA DEWASA TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI**

Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Menurut Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, ragam penyandang disabilitas meliputi:

- a. Disabilitas Sensorik;
- b. Disabilitas Fisik;
- c. Disabilitas Intelektual; dan/atau
- d. Disabilitas Mental

Seorang penyandang disabilitas dapat mengalami satu atau lebih ragam disabilitas dalam waktu bersamaan.

#### **A. KARAKTERISTIK PENYANDANG DISABILITAS**

**1. Penyandang Disabilitas Sensorik** Disabilitas sensorik adalah terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, rungu, dan/atau wicara. Penyandang disabilitas ganda atau multi adalah penyandang disabilitas yang mempunyai dua atau lebih ragam disabilitas, antara lain disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-rungu.

##### **a. Disabilitas Netra**

Penyandang disabilitas netra adalah orang yang memiliki akurasi penglihatan kurang dari 6/60 setelah

dikoreksi atau sama sekali tidak memiliki daya penglihatan.

– **Karakteristik Fisik**

Secara fisik mungkin tampak adanya kelainan pada mata yang nyata dapat dibedakan dengan kondisi mata normal.

– **Karakteristik Motorik**

Hilangnya pengalaman visual menyebabkan penyandang disabilitas netra kurang mampu melakukan orientasi lingkungan. Penyandang disabilitas netra harus belajar bagaimana berjalan dengan aman dan efisien dalam suatu lingkungan dengan keterampilan orientasi dan mobilitasnya.

– **Perilaku**

Penyandang disabilitas netra sering menunjukkan perilaku stereotipi yang tidak semestinya seperti membuat suara dengan jarinya, menggoyang-goyangkan kepala dan badan. Hal ini terjadi antara lain sebagai akibat dari tidak adanya rangsangan sensoris, terbatasnya aktifitas dan gerak di dalam lingkungan, serta keterbatasan sosial.

– **Kemampuan Akademik**

Pada umumnya kemampuan intelegensia penyandang disabilitas netra tidak dipengaruhi oleh kondisi disabilitas netranya. Penyandang disabilitas netra membutuhkan media atau alat bantu untuk membaca dan menulis, dengan menggunakan huruf Braille atau huruf cetak dengan berbagai alternatif ukuran. Dengan asesmen dan pembelajaran yang sesuai, penyandang disabilitas netra dapat mengembangkan kemampuan membaca dan menulis serta mendapatkan pendidikan.

– **Karakteristik Kepribadian dan Sosial**

Penyandang disabilitas netra mempunyai keterbatasan dalam belajar melalui pengamatan dan menirukan. Oleh sebab itu, penyandang disabilitas netra kesulitan dalam menunjukkan perilaku sosial yang lazim.

**b. Penyandang Disabilitas Rungu-Wicara**

Disabilitas rungu-wicara adalah istilah yang menunjuk pada kondisi ketidakfungsian organ pendengaran atau hilangnya fungsi pendengaran dan atau fungsi bicara baik disebabkan oleh kelahiran, kecelakaan maupun penyakit. Penyandang disabilitas rungu-wicara memiliki karakteristik yang khas, yaitu:

– **Karakteristik Fisik**

- Pernapasaannya pendek dan tidak teratur. Penyandang disabilitas rungu-wicara tidak pernah mendengarkan suara dalam kehidupan sehari-hari. Mereka tidak mengetahui bagaimana cara bersuara atau mengucapkan kata-kata dengan intonasi yang baik, sehingga mereka juga tidak terbiasa mengatur pernapasan dengan baik, khususnya ketika berbicara.
- Berkomunikasi dengan cara memperlihatkan ekspresi wajah, mimik, gerakan bibir dan mulut lawan bicara. Penglihatan merupakan salah satu indera yang paling dominan bagi penyandang disabilitas rungu-wicara, dimana sebagian besar pengalamannya diperoleh melalui penglihatan.
- Pada umumnya fungsi motorik kasar dan halus penyandang disabilitas rungu-wicara

tidak terganggu. Namun demikian hilangnya fungsi pendengaran dapat menimbulkan ketidakseimbangan dalam melakukan aktivitas fisik.

– **Kemampuan Bahasa**

Penyandang disabilitas rungu-wicara pada umumnya sulit mengartikan kata-kata yang mengandung ungkapan atau idiomatik, serta memiliki keterbatasan kosa kata dan tata bahasa.

– **Kemampuan Intelegensia**

Pada umumnya penyandang disabilitas rungu-wicara tidak mengalami permasalahan dalam segi intelegensia. Namun demikian keterbatasan dalam berkomunikasi dan berbahasa dapat mempengaruhi perkembangan intelektual dan akademik.

– **Karakteristik Kepribadian dan Sosial**

Keterbatasan fungsi pendengaran dapat menyebabkan penyandang disabilitas kesulitan dalam memahami apa yang dibicarakan orang lain sehingga dapat terjadi salah pengertian.

## **2. Penyandang Disabilitas Fisik**

Disabilitas fisik adalah terganggunya fungsi gerak, antara lain lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, *celebral palsy* (CP), akibat amputasi, stroke, kusta, dan lain-lain. Kondisi ini dapat disebabkan oleh penyakit, kecelakaan atau dapat juga disebabkan oleh kelainan bawaan. Pada penyandang disabilitas fisik terlihat kelainan bentuk tubuh, anggota gerak atau otot, berkurangnya fungsi tulang, otot sendi maupun syaraf-syarafnya.

Penyandang disabilitas fisik mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- **Karakteristik Fisik**
  - Anggota gerak tubuh kaku/lemah/lumpuh
  - Kesulitan dalam gerakan (tidak sempurna, tidak lentur/tidak terkendali)
  - Terdapat bagian anggota gerak yang tidak lengkap/tidak sempurna
  - Jari tangan kaku dan tidak dapat menggenggam
  - Kesulitan saat berdiri/berjalan/duduk, dan menunjukkan sikap tubuh tidak normal
  - Kaki lumpuh atau layu, otot atau motoriknya kurang terkoordinasi dengan baik.
- **Karakteristik Kepribadian dan Sosial**
  - Keterbatasan aktivitas gerak dapat mempengaruhi interaksi sosial penyandang disabilitas.

### **3. Penyandang Disabilitas Intelektual**

Penyandang disabilitas intelektual adalah suatu disfungsi atau keterbatasan baik secara intelektual maupun perilaku adaptif yang dapat diukur atau dilihat yang menimbulkan berkurangnya kapasitas untuk beraksi dalam cara tertentu. Penyandang disabilitas intelektual adalah penyandang gangguan perkembangan mental yang secara prinsip ditandai oleh deteriorasi fungsi konkrit di setiap tahap perkembangan dan berkontribusi pada seluruh tingkat intelegensia (kecerdasan).

Selain terdapat keterbatasan pada fungsi intelektual, penyandang disabilitas ini juga mempunyai keterbatasan dalam hal kemampuan adaptasi (yang diekspresikan sebagai keterampilan adaptasi secara konseptual, sosial

dan praktis). Hal ini menyebabkan terjadinya keterbatasan dalam hal kemampuan komunikasi, rawat diri, kehidupan di rumah, keterampilan sosial, keterlibatan dalam komunitas, otonomi, kesehatan dan keamanan, keterampilan fungsional akademik, pemanfaatan waktu luang, dan kemampuan bekerja.

*The American Psychological Association (APA)*, membuat klasifikasi penyandang disabilitas intelektual atau tunagrahita berdasarkan tingkat kecerdasan atau skor IQ, yaitu:

- Ringan (Debil)  
Penyandang disabilitas intelektual ringan pada umumnya kondisi fisiknya tidak berbeda dengan orang normal lainnya, mereka mempunyai skor IQ antara kisaran 55-70. Mereka juga termasuk kelompok yang mampu didik, masih bisa dididik (diajarkan) membaca, menulis, berhitung dan mempunyai keterampilan sosial dan kerja. Pada kelompok ini juga sering didapati masalah dalam penggunaan bahasa dan bicara sehingga dapat membatasi kemampuan berkomunikasi.
- Sedang (Imbesil)  
Penyandang disabilitas intelektual sedang termasuk kelompok latih dengan kondisi fisiknya sudah terlihat perbedaannya, tetapi ada sebagian penyandang intelektual sedang yang mempunyai fisik normal. Mereka mempunyai IQ kisaran antara 40-55. Penyandang disabilitas ini termasuk kelompok yang mampu latih untuk beberapa keterampilan tertentu. Kelompok ini juga memiliki kekurangan dalam kemampuan mengingat, menggeneralisasi, bahasa, konseptual, perseptual, dan kreativitas sehingga perlu diberikan tugas yang sederhana, singkat, relevan dan

berurutan. Terdapat pula perbedaan pada kondisi fisik, dimana terdapat hambatan pada koordinasi motorik dan gangguan fungsi bicara. Meskipun demikian kelompok ini dapat mempunyai kemampuan secara parsial untuk mempertahankan kemampuan ekonomi dengan bekerja dalam kondisi / lingkungan yang terlindungi.

- Berat

Penyandang disabilitas intelektual berat merupakan kelompok yang sangat rendah intelegensianya sehingga tidak mampu menerima pendidikan secara akademis. Penyandang disabilitas intelektual berat termasuk kelompok mampu rawat, dengan IQ antara kisaran 25-40. Dalam kegiatan sehari-hari mereka membutuhkan bantuan orang lain. Penyandang disabilitas intelektual kategori berat mengalami gangguan bicara dan kelainan fisik lainnya seperti lidah seringkali menjulur keluar bersamaan dengan keluarnya air liur. Mereka juga membutuhkan pelayanan yang terus menerus dan pengawasan yang teliti. Sebagian dari penyandang disabilitas pada klasifikasi ini dapat secara parsial berkontribusi secara ekonomi untuk dirinya sendiri dibawah pengawasan total.

- Sangat Berat

Penyandang disabilitas intelektual sangat berat sepanjang hidupnya selalu tergantung pada pertolongan dan bantuan orang lain. Mereka tidak dapat memelihara dirinya sendiri, tidak dapat membedakan bahaya, selalu mengeluarkan air liur dan tampak bengong, tidak ada atau kurang sekali perhatian terhadap lingkungan, perkembangan bicara

atau bahasa terlambat dengan kecerdasan IQ dibawah 25.

Penyandang disabilitas intelektual mempunyai karakteristik sebagai berikut:

– **Karakteristik Intelegensia**

Penyandang disabilitas intelektual memiliki keterbatasan daya pikir karena tingkat kecerdasannya berada dibawah rata-rata. Kapasitas belajar penyandang disabilitas intelektual yang bersifat abstrak seperti belajar dan berhitung, menulis dan membaca juga terbatas.

– **Karakteristik Sosial**

Semakin berat derajat disabilitasnya, penyandang disabilitas intelektual semakin sulit dalam mengurus diri sendiri, oleh karena itu mereka memerlukan bantuan. Penyandang disabilitas intelektual juga cenderung bergantung pada orang lain dan tidak mampu memikul tanggung jawab, sehingga mereka harus selalu diawasi dan dibimbing oleh keluarga/pendamping.

– **Karakteristik Sosial dan Emosi**

Perkembangan sosial dan emosi berkaitan dengan derajat disabilitas intelektual. Penyandang disabilitas intelektual berat tidak dapat menunjukkan rasa lapar atau haus dan tidak dapat menghindari bahaya. Pada penyandang disabilitas intelektual sedang, dorongan berkembang lebih baik tetapi kehidupan emosinya terbatas pada emosi-emosi sederhana.

Pada penyandang disabilitas intelektual ringan, kehidupan sosial emosinya tidak jauh berbeda dengan non disabilitas, dapat menggambarkan kesedihan tetapi sulit untuk menggambarkan suasana terharu.

Mereka dapat mengekspresikan kegembiraan tetapi sulit mengungkapkan kekaguman.

#### **4. Penyandang Disabilitas Mental**

Disabilitas mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku, antara lain:

- a. Psikososial, misalnya skizofrenia, bipolar, depresi, anxietas, dan gangguan kepribadian; dan
- b. Disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial, misalnya autisme dan hiperaktif.

Karakteristik penyandang disabilitas mental:

- a. Menarik diri dari interaksi sosial. Seseorang mulai memiliki keinginan untuk menyendiri, memiliki imajinasi yang sangat tinggi dan menikmati sebuah suasana kesendirian, suasana kesendirian yang terlalu berkepanjangan membuat seseorang menikmati kesendirian tersebut dan memicu munculnya fantasi-fantasi semu. Jika fantasi-fantasi tersebut berubah menjadi sebuah persepsi nyata dan persepsi tersebut diyakini oleh yang bersangkutan, sehingga orang tersebut akan mulai berbicara sendiri, berbicara dengan fantasinya, dll.
- b. Mengalami kesulitan mengorientasikan waktu, orang dan tempat. Seseorang mengalami ketidakmampuan untuk mengingat dimana dia berada dan jam berapa saat itu, orang dengan kesulitan orientasi ini terjadi karena memorinya hanya berputar pada masalah-masalah yang dia pikirkan, sehingga dia kehilangan kemampuan untuk mengenali waktu dan tempat.
- c. Mengalami penurunan daya ingat dan daya kognitif parah. Ketika penyandang disabilitas mental diminta

untuk melakukan perhitungan sederhana, misalnya, maka dia tidak mampu melakukan dengan mudah, perhitungan yang mudah tersebut menjadi sebuah tugas sulit untuk mereka.

- d. Mengabaikan penampilan dan kebersihan diri. Gambaran dirinya negatif sehingga menganggap penampilan tidak penting. Bahkan beberapa penderita gangguan jiwa bertelanjang dan bepergian ke mana-mana.
- e. Memiliki labilitas emosional, sehingga bisa mengalami perubahan *mood* yang sangat cepat. Perubahan yang fluktuatif ini membuat penderita menjadi susah terkontrol. Stimulus yang sangat ringan bisa membuat mereka menjadi marah secara berlebihan atau justru sedih secara berlebihan.
- f. Memiliki perilaku yang aneh, seperti mengurung diri di kamar, berbicara sendiri, tertawa sendiri, marah berlebihan dengan stimulus ringan, tiba-tiba menangis, berjalan mondar mandir, berjalan tanpa arah dan tanpa tujuan yang jelas.
- g. Memiliki keengganan melakukan segala hal, sehingga mereka berusaha untuk tidak melakukan apa-apa, dan bahkan marah jika diminta untuk melakukan sesuatu.

## **5. Penyandang Disabilitas Ganda atau Multi**

Ragam disabilitas dapat dialami secara tunggal, ganda, atau multi dalam jangka waktu lama (paling singkat enam bulan dan/atau bersifat permanen) dan ditetapkan oleh tenaga kesehatan. Penyandang disabilitas ganda atau multi adalah penyandang disabilitas yang mempunyai dua atau lebih ragam disabilitas, antara lain disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-tuli.

## **B. KERENTANAN PENYANDANG DISABILITAS DALAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN ALTERNATIF INTERVENSI KESEHATAN REPRODUKSI**

Penyandang disabilitas merupakan kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan reproduksi, misalnya kekerasan seksual, kehamilan tidak diinginkan/tidak direncanakan, dan kekerasan dalam rumah tangga. Kelompok ini perlu mendapatkan perhatian khusus karena sangat rentan mengalami berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Hal ini disebabkan terutama oleh sulitnya penyandang disabilitas mengakses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti infrastruktur fasilitas pelayanan kesehatan yang belum ramah terhadap penyandang disabilitas maupun tenaga kesehatan yang belum sepenuhnya memahami kebutuhan dan tata cara pemberian informasi dan pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas.

### **1. Penyandang Disabilitas Sensorik**

Penyandang disabilitas sensorik mengalami kesulitan dalam mengakses informasi dan edukasi kesehatan reproduksi karena:

- Masih terbatasnya media KIE kesehatan reproduksi dalam bentuk audio–visual, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun fasilitas publik lainnya.
- Media KIE yang tersedia umumnya berbentuk tulisan atau gambar dua dimensi (poster, leaflet, dll) sehingga pesannya tidak dapat ditangkap oleh penyandang disabilitas netra tanpa bantuan orang lain.
- Media KIE dalam bentuk audio-visual (video, iklan layanan masyarakat, dll) masih sangat terbatas dan umumnya belum dilengkapi dengan teks narasi

(*caption*) atau peraga bahasa isyarat sehingga menyulitkan bagi penyandang disabilitas rungu-wicara.

Untuk itu perlu dipastikan penyediaan media KIE kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas sensorik, melalui:

- a. Penyediaan media KIE dalam bentuk audio-visual lengkap dengan teks narasi (*caption*) dan/atau peraga bahasa isyarat.
- b. Pemberian KIE bagi klien dengan disabilitas netra sebaiknya menggunakan alat peraga untuk membantu memvisualisasi informasi yang diberikan.
- c. Pemberian KIE bagi klien dengan disabilitas rungu-wicara dilakukan dengan artikulasi/gerak bibir yang jelas, dengan ritme bicara tidak terlalu cepat, dan tanpa menggunakan masker/penutup mulut. Apabila hal ini tidak memungkinkan maka pemberian KIE dapat dilakukan kepada keluarga/pendamping klien untuk selanjutnya disampaikan kepada klien.
- d. Bagi klien penyandang disabilitas netra, pemberian informasi/penjelasan juga harus dilakukan setiap kali petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan/tindakan yang berkontak langsung dengan tubuh klien. Sebelum melakukan pemeriksaan dan tindakan, petugas kesehatan menjelaskan dengan detail mengenai langkah-langkah dan proses pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan.

## **2. Penyandang Disabilitas Fisik**

Kondisi fisik yang tidak lengkap atau tidak berfungsi pada penyandang disabilitas fisik menyebabkan mereka rentan terhadap tidak diberikannya pelayanan kesehatan sesuai

standar, khususnya pengukuran, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang melibatkan anggota gerak (lengan dan tungkai). Selain itu, kondisi infrastruktur (jalan, transportasi publik, tata ruang fasilitas pelayanan kesehatan) yang tidak sesuai standar dapat menyulitkan penyandang disabilitas fisik yang bergantung pada alat bantu gerak (misal kursi roda, tongkat, prostesis).

Untuk itu perlu dipastikan pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas fisik, melalui:

- a. Keterbatasan penyandang disabilitas fisik dalam menjangkau fasyankes dapat dilakukan solusi berupa alternatif kunjungan rumah petugas ke penyandang disabilitas (*home visit*) untuk menyampaikan KIE kesehatan reproduksi kepada penyandang disabilitas serta keluarga/pendamping.
- b. Penyediaan infrastruktur fasyankes yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas, termasuk penyandang disabilitas fisik yang bergantung pada alat bantu. Contoh:
  - Penyediaan ram
  - Penyediaan pegangan rambat (*hand rail*)
  - Pintu utama memiliki lebar minimal 80-90 cm
  - Penyediaan toilet dengan kloset duduk dan *shower*
- c. Penyediaan berbagai alat kesehatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan pengukuran/pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas fisik. Contoh:
  - Timbangan berat badan untuk pengguna kursi roda
  - Termometer elektrik yang ditempel telinga/dahi
  - *Cuff* tensimeter ukuran besar

- d. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memahami dan melakukan pengukuran/pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas fisik, mengingat terdapat beberapa alternatif pengukuran/pemeriksaan yang berbeda. Contoh:
- Pengukuran antropometri
  - Pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan penunjang

Alternatif pengukuran antropometri dan pemeriksaan penunjang pada penyandang disabilitas fisik antara lain:

1) Pengukuran Tinggi Badan

Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai tungkai atau tungkainya mengalami atrofi, pengukuran Tinggi Badan (TB) dapat dilakukan dengan mengukur panjang tungkai, panjang depa (*arm span*), tinggi lutut atau tinggi duduk, rentang satu lengan dan rentang dua lengan. Untuk penyandang disabilitas yang tidak dapat berdiri, pengukuran tinggi badan dapat diganti dengan pengukuran panjang badan. Teknik pengukuran tinggi badan dan panjang badan terlampir (Lampiran 1)

2) Pengukuran Berat Badan

Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan dan/atau tungkai, pengukuran Berat Badan (BB) dapat dilakukan dengan koreksi pada alat gerak yang hilang atau dengan menghitung selisih BB pendamping/*care giver* dengan penyandang disabilitas. Teknik pengukuran berat badan terlampir (Lampiran 2)

### 3) Penentuan Status Gizi

Penentuan status gizi penyandang disabilitas fisik dapat dilakukan dengan penentuan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang bersumber dari data berat badan dan tinggi badan. Sementara bagi penyandang disabilitas fisik yang sedang hamil namun tidak mempunyai lengan atau lengan mengalami atropi, penentuan status gizi tidak dapat dilakukan melalui penentuan IMT maupun pengukuran LiLA. Sebagai alternatif, penentuan status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran lingkaran pinggang, lingkaran pinggul, lingkaran paha, lingkaran betis atau pengukuran tebal lemak menggunakan *skin fold caliper* (Lampiran 3).

### 4) Pengukuran Tekanan Darah

Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan, pengukuran tekanan darah dapat dilakukan pada paha. Sedangkan bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki kedua lengan dan tungkai sekaligus, pemeriksaan tekanan darah dapat dilakukan dengan menggali dan mengkaji keluhan dan faktor risiko klien.

Pada pasien dengan arteri radialis yang masih intak, penggunaan *sphygmomanometer* manual ataupun elektrik dapat digunakan sebagaimana penggunaan pada klien pada umumnya. Penempatan *cuff* berada sejajar pada jantung. Hal yang perlu diperhatikan lainnya adalah penggunaan diameter *cuff*, dimana bila terlalu besar yang dapat menyebabkan tekanan yang lebih rendah, sedangkan *cuff* yang terlalu kecil menyebabkan tekanan yang lebih tinggi.

Pengukuran tekanan darah yang tidak dapat diambil dari ekstremitas atas, dapat menggunakan metode pengukuran pada ekstremitas bawah, yaitu:

- Menggunakan *cuff* anestesi yang dapat diletakkan pada paha bagian atas. *Cuff* ini ditujukan untuk mengukur arteri besar pada paha sehingga tekanan darah sistolik dan diastolik dapat dinilai.
- Menggunakan *cuff* lengan yang diposisikan kurang lebih 3 inci di atas pergelangan kaki. Palpasi arteri tibialis posterior atau arteri dorsalis pedis. *Cuff* dipompa sampai pulsasi tidak teraba lagi. Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan ini lebih besar 20% dari nilai aslinya, dan hanya didapatkan pemeriksaan sistolik. Kekurangan pada pemeriksaan ini adalah tidak dapat menentukan tekanan darah diastolik, sehingga hanya dapat digunakan untuk menentukan status klien pada kasus trauma atau syok, tapi tidak untuk penilaian penyakit kardiovaskular (misal: hipertensi). Pemeriksaan ini bersifat penapisan untuk mengetahui tekanan darah pasien meningkat atau tidak.
- Menggunakan referensi individu lain/pembanding (bukan penyandang disabilitas) yang memiliki usia, tinggi badan, lingkaran pinggang dan lingkaran pergelangan kaki yang sama.
  - Taruh *cuff* di atas patella
  - Hitung tekanan diastol dan sistolik klien

- Ulangi pemeriksaan tekanan darah pada individu pembanding pada lengan dan kaki
- Pengukuran aktual tekanan darah (TD) klien ditentukan melalui rumus:

$$\frac{TD \text{ kaki klien} \times TD \text{ lengan individu pembanding}}{TD \text{ kaki individu pembanding}}$$

- Metode invasif menggunakan pengukuran intraarterial. Pengukuran ini hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.
- 5) Pengukuran Denyut Nadi  
Apabila tidak memungkinkan mengukur nadi di pergelangan tangan (arteri radialis) maka pengukuran nadi dapat dilakukan di leher (arteri karotis).
  - 6) Pengukuran Suhu  
Apabila pengukuran suhu pada bagian lipat ketiak tidak memungkinkan, maka pengukuran suhu tubuh dapat menggunakan termometer elektrik yang ditempatkan pada telinga, bawah lidah/oral, atau dahi.
  - 7) Pemeriksaan Laboratorium  
Penyandang disabilitas fisik yang tidak mempunyai lengan dan tungkai, pengambilan spesimen darah kapiler dapat dilakukan pada cuping telinga. Sedangkan pengambilan spesimen darah vena dapat dilakukan pada vena femoralis.

### **3. Penyandang Disabilitas Intelektual dan/atau Disabilitas Mental**

Penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental umumnya sangat bergantung kepada keluarga/pendamping, sehingga penyedia layanan harus memastikan bahwa keluarga/pendamping memahami tentang hak kesehatan reproduksi dan seksual bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, termasuk upaya yang harus dilakukan untuk memberikan perlindungan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental. Dalam hal penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental menjadi klien yang akan diberikan tindakan kedokteran yang memiliki risiko tinggi, maka pendamping dari keluarga terdekat klien harus mampu mewakili dan memberikan persetujuan tindakan (*informed consent*) atas nama klien<sup>9</sup>.

Penting untuk dilakukan pemaparan dengan tujuan familiariasi antara tenaga medis dengan penyandang disabilitas intelektual dan mental. Hal ini ditujukan agar tenaga medis lebih dapat memberikan kenyamanan dalam perawatan untuk kelompok ini.

Untuk itu perlu dipastikan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah terhadap penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental melalui:

- a. Pemberian KIE tentang kesehatan reproduksi dan seksual kepada klien dan keluarga/pendamping. Tenaga kesehatan harus memastikan bahwa keluarga/pendamping memahami penjelasan/KIE

---

<sup>9</sup>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

- yang diberikan. Tenaga medis harus menghargai otonomi penyandang disabilitas.
- b. Pada tingkat disabilitas yang tidak terlalu berat, maka edukasi harus melibatkan kemampuan penyandang disabilitas untuk membuat suatu keputusan, karena banyak penyandang disabilitas ini mempunyai sedikit kesempatan untuk melatih membuat keputusan untuk dirinya sendiri.
  - c. Pada pemberian tindakan kedokteran yang memiliki risiko tinggi, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa persetujuan tindakan (*informed consent*) diberikan oleh pendamping dari keluarga terdekat klien. Pada level disabilitas intelektual dan mental ringan terkadang penyandang disabilitas ini dapat memberikan persetujuannya.
  - d. Tenaga medis diharapkan dapat membantu penyandang disabilitas intelektual atau mental untuk memilih metode kontrasepsi yang diinginkan dan mendorong keterlibatan keluarga untuk keberhasilannya.
  - e. Tenaga kesehatan memberikan dukungan untuk memastikan penyandang disabilitas yang mempunyai keinginan untuk menjadi orang tua berhasil dalam perawatan anak (*parenting* – menjadi orang tua).

## **C. TATA CARA BERINTERAKSI DENGAN KLIEN PENYANDANG DISABILITAS**

### **1. Penyandang Disabilitas Sensorik**

#### **a. Penyandang Disabilitas Netra**

##### **1) Informasi Dasar**

- Bertanyalah sebelum membantu
- Jangan berasumsi
- Berikan rasa hormat (*respect*)

## 2) Cara berinteraksi

- Sentuhkan punggung tangan Anda dengan punggung tangan klien untuk memulai interaksi. Itu merupakan pertanda untuk klien agar memegang lengan Anda.
- Pegangkan tangan klien ke lengan Anda. Klien dapat memegang lengan Anda persis di atas siku.
- Pastikan klien berdiri setengah langkah di belakang bagian samping Anda. Buat lengan Anda santai, sehingga klien pun akan merasa santai. Tekuk lengan Anda 90 derajat dan dekatkan dengan sisinya.
- Ketika melewati ruang sempit pindahkan posisi lengan Anda ke belakang punggung dan klien akan mengikut di belakang Anda. Ketika sudah melalui celah sempit, kembalikan posisi lengan Anda ke posisi semula.
- Ketika akan melewati pintu, pastikan berhenti sejenak sebelum membukanya. Beritahu klien bagaimana pintu itu dibuka, apakah di tarik atau didorong.
- Arahkan tangan klien untuk menyentuh bagian sandaran atau lengan kursi. Klien akan dapat memposisikan dirinya untuk duduk.
- Jangan pernah memandu penyandang disabilitas netra dengan memegang atau menarik tongkatnya.
- Ketika sedang bercakap-cakap jangan pernah meninggalkan klien tanpa memberitahu terlebih dulu.

- Jangan ragu untuk menggunakan kosakata normal seperti lihat, baca atau nonton. Penyandang disabilitas netra juga manusia seperti Anda dan punya kosakata dan budaya yang sama.

## **b. Penyandang Disabilitas Rungu Wicara**

### 1) Informasi dasar

- Bertanyalah sebelum membantu
- Jangan berasumsi
- Berikan rasa hormat (*respect*)

### 2) Cara berinteraksi:

- Berbicara dengan wajah saling menatap. Jagalah kontak mata, dan jangan memasukkan apapun ke dalam mulut Anda saat berbicara dengan klien.
- Jaga jarak pandang dengan klien. Cobalah untuk menjaga mata Anda pada tingkat yang sama dengan mata klien (duduk jika klien duduk, berdiri jika klien berdiri).
- Gerakkanlah bibir Anda dengan jelas dan bicaralah secara perlahan. Jika klien dianggap masih belum mengerti, informasi dapat ditulis dengan kalimat sederhana.
- Gunakan ekspresi wajah dan bahasa tubuh jika klien tidak mengetahui apa yang dimaksud. Cobalah untuk mengulang perkataan.
- Pelajari bahasa isyarat untuk percakapan secara penuh. Jika perlu, gunakan penerjemah bahasa isyarat.

- Guna menarik perhatian, lambaikan tangan. Melambailah dengan satu tangan. Gunakan dua tangan jika dalam keadaan darurat.
- Guna menarik perhatian, ketukkan tangan di meja. Ketuk 1 kali atau secukupnya hingga mendapat perhatian.
- Guna menarik perhatian, mati-hidupkan lampu.
- Menarik perhatian juga dapat dilakukan dengan menepuk atau menggoyangkan bahu. Tepuk bahu dengan perlahan. Goyangkan bahu jika dalam kondisi darurat.

## **2. Penyandang Disabilitas Fisik**

### **a. Informasi dasar:**

- Bertanyalah sebelum membantu
- Jangan berasumsi
- Berikan rasa hormat (*respect*)

### **b. Cara berinteraksi :**

- Tetaplah berjabat tangan, sekalipun tangan klien sulit digerakkan atau diamputasi. Fokuslah pada manusianya, bukan pada kondisinya.
- Jika Anda ingin menawarkan bantuan, lakukanlah dengan santun. Contoh: "Apakah ada yang bisa saya bantu?", dan bukan: "Sebaiknya saya bantu Anda".
- Setelah Anda bertanya untuk memberikan bantuan, tunggulah jawaban atau respon klien. Bantuan Anda belum tentu diinginkan atau dibutuhkan. Siapkanlah diri Anda untuk mendengar kata "Tidak".

- Posisikan mata Anda sejajar dengan mata pengguna kursi roda saat Anda akan berbicara. Duduk, berjongkok, atau berlutut sebagai bentuk rasa hormat (*respect*).
- Hindari bersandar atau bertahan di kursi roda seseorang. Ingatlah bahwa pengguna kursi roda menganggap kursi roda mereka sebagai bagian dari tubuh.
- Hindari memindahkan alat bantu mobilitas seperti tongkat, kruk, atau kursi roda, kecuali Anda diminta oleh klien untuk melakukannya. Jika diminta, pindahkan alat mobilitas dalam jangkauan klien.
- Hindari meraih atau menggandeng tangan pengguna tongkat atau kruk. Mereka memerlukan tangan untuk keseimbangan diri.
- Berbicaralah secara langsung kepada penyandang disabilitasnya, dan bukan kepada keluarga/pendampingnya. Namun Anda dapat melibatkan keluarga/pendampingnya dalam percakapan.
- Jika tempat pelayanan (misal: tempat tidur atau kursi) terlalu tinggi bagi penyandang disabilitas fisik, maka sesuaikanlah untuk dapat memberikan layanan. Buatlah mereka nyaman dengan layanan Anda.

### **3. Penyandang Disabilitas Intelektual atau Mental**

#### **a. Informasi dasar:**

- Bertanyalah sebelum membantu
- Jangan berasumsi
- Berikan rasa hormat (*respect*)

b. Cara berinteraksi:

- Bicaralah dengan tenang, jelas dan dengan volume sedang. Berbicara dengan volume keras tidak akan membuat Anda lebih dimengerti.
- Bicaralah dengan ungkapan yang mudah dipahami. Bicara sewajarnya dan hindari kalimat yang panjang dan rumit.
- Berikan informasi secara bertahap. Menggunakan alat bantu audio/visual dan pewarnaan pada objek akan membantu untuk mempermudah pemahaman klien.
- Tunjukkanlah cara untuk melakukan sesuatu dan bersabarlah. Klien menghadapi hambatan yang mungkin berada di luar pemahaman Anda.
- Tataplah wajah klien saat berkomunikasi dan bersikaplah santai. Jangan melihat klien dengan tatapan aneh/tak wajar.
- Dengarkanlah keinginan klien sebelum memberi penjelasan. Tunjukkan pada klien bahwa Anda tertarik dengan apa yang klien katakan/sampaikan.
- Jangan menirukan aksen dan memperlakukan klien seperti anak kecil. Hal ini tidak akan membuat Anda lebih mudah untuk dimengerti.
- Terimalah kebiasaan klien yang kita anggap tidak biasa.
- Mintalah saran pada pendamping/keluarga klien jika kurang mengerti.

## **BAB IV**

### **PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI BAGI PENYANDANG DISABILITAS USIA DEWASA**

Pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas pada kelompok usia dewasa (laki-laki dan perempuan) disesuaikan dengan kebutuhan meliputi; pelayanan kesehatan ibu dan anak; pelayanan keluarga berencana; pelayanan kesehatan seksual; pelayanan pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular (kanker payudara dan kanker leher rahim); pelayanan kesehatan reproduksi lanjut usia; pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS; dan pelayanan kekerasan seksual.

Standar pelayanan kesehatan reproduksi pada penyandang disabilitas sama seperti standar pelayanan kesehatan reproduksi pada non disabilitas. Hal yang berbeda yaitu adanya beberapa penyesuaian yang harus dilakukan dalam pemberian pelayanan misalnya cara berinteraksi, teknik pengukuran dan teknik pemeriksaan yang perlu disesuaikan dengan kondisi ragam disabilitas.

#### **A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas salah satu hak bagi penyandang disabilitas adalah memiliki hak atas kesehatan reproduksi. Pada materi ini bagian dari kesehatan reproduksi yang akan dibahas adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Secara umum pelayanan KIA yang diberikan bagi penyandang disabilitas tidak berbeda dengan non disabilitas. Pelayanan KIA yang diberikan dibagi menjadi:

## **1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Sebelum Hamil bagi WUS dan Catin**

### **a. Promotif**

Secara umum materi pemberian komunikasi informasi dan edukasi dilakukan sesuai tahap perkembangan mental dan kebutuhan sesuai dengan karakteristik masing-masing penyandang disabilitas. Materi pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi untuk calon pengantin dan pasangan usia subur (prakonsepsi) meliputi:

- 1) Informasi pranikah meliputi:
  - Kesehatan reproduksi dan pendekatan siklus hidup;
  - Hak reproduksi;
  - Persiapan yang perlu dilakukan dalam persiapan pranikah;
  - Informasi lain yang diperlukan;
- 2) Informasi tentang keadilan dan kesetaraan gender dalam pernikahan termasuk peran laki-laki dalam kesehatan.

### **b. Preventif**

- 1) Persiapan pranikah antara lain persiapan fisik, persiapan gizi, status imunisasi Tetanus, dan menjaga kesehatan organ reproduksi.
- 2) Konseling perencanaan kehamilan dan KB.

### **c. Kuratif-Rehabilitatif**

- 1) Diagnosis  
Pemeriksaan kesehatan bagi catin dengan penyandang disabilitas, meliputi:

a) Anamnesis:

- Anamnesis umum
- Deteksi dini masalah kesehatan jiwa (atas indikasi)

b) Pemeriksaan fisik:

- Pemeriksaan tanda vital

Pemeriksaan tanda vital dilakukan melalui pengukuran suhu tubuh ketiak, tekanan darah (sistolik dan diastolik), denyut nadi per menit, frekuensi nafas per menit, serta auskultasi jantung dan paru.

- Pemeriksaan status gizi

Pemeriksaan status gizi dilakukan melalui pemeriksaan kadar Hb serta pengukuran antropometri dengan menggunakan LiLA dan IMT

- Pemeriksaan fisik lengkap

Pemeriksaan fisik lengkap pada catin penyandang disabilitas dilakukan untuk mengetahui status kesehatan catin tersebut. Pemeriksaan ini dilakukan secara lengkap sesuai indikasi medis.

c) Pemeriksaan penunjang:

- Pemeriksaan darah (pemeriksaan Hb, golongan darah, dan rhesus)
- Pemeriksaan urin rutin
- Pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan penunjang lain atas indikasi
- IVA atau pap smear bagi catin yang sudah pernah menikah
- Tes kehamilan

## 2) Tatalaksana

Tatalaksana masalah kesehatan reproduksi pada catin disesuaikan dengan penyakit atau kondisi kesehatan sesuai standar pelayanan, meliputi:

- Komunikasi, Informasi dan Edukasi/konseling
- Pelayanan gizi
- Skrining dan imunisasi TT
- Pengobatan/terapi dan rujukan

## 2. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

### a. Pelayanan Antenatal Terpadu

Pemberian pelayanan antenatal pada penyandang disabilitas tidak berbeda dengan non disabilitas. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan berkualitas sesuai standar yang terdiri dari:

#### 1) Promotif

- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitasmaupun keluarga/pendamping tentang kehamilan (tanda bahaya kehamilan), persalinan, Keluarga Berencana Pasca Persalinan (KBPP), dan manajemen laktasi.
- Perlunya ditekankan dukungan dan pendampingan dari keluarga atau masyarakat bagi ibu hamil penyandang disabilitas sehingga dapat menjalani kehamilannya dengan selamat.
- Pengenalan dan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil
- Melakukan stimulasi janin dalam kehamilan
- Skrining kelainan kongenital

## **2) Preventif**

- Pemberian PMT bagi ibu hamil KEK.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.

## **3) Tatalaksana**

- 1) Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar. Pelayanan ANC sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan dan/atau dokter dan atau dokter spesialis kebidanan, baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).
- 2) Pemeriksaan dalam ANC meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis penyandang disabilitas hamil (lampiran 4).
- 3) Standar pelayanan ANC adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:
  - a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
  - b) Ukur tekanan darah;
  - c) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)
  - d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri);
  - e) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);

- f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus difteri (Td) bila diperlukan;
- g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- h) Tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan. Ibu hamil wajib diperiksa HIV, sifilis dan hepatitis
- i) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan;
- j) Temu wicara (konseling)

Pemberian pelayanan antenatal bagi disabilitas memiliki tantangan tersendiri, seperti pemeriksaan antropometri dan tekanan darah pada disabilitas fisik yang tidak memiliki ekstremitas atau pemberian temu wicara/konseling pada disabilitas intelektual dan disabilitas rungu-wicara yang membutuhkan pendampingan saat pelaksanaan konseling.

Bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan antenatal penting untuk selalu menjelaskan tahap pemeriksaan secara rinci agar penyandang disabilitas memahami langkah-langkah pemeriksaan yang akan diberikan.

## **b. Pelayanan Pencegahan dan Penanganan Keguguran**

Semua ibu hamil dapat mengalami keguguran dan kelahiran prematur termasuk ibu hamil kelompok rentan yang salah satunya adalah penyandang disabilitas. Oleh karena itu diperlukan pencegahan serta penanganan yang tepat apabila keguguran terjadi pada penyandang disabilitas yang sedang hamil. Pelayanan pencegahan dan penanganan keguguran meliputi:

### **1) Promotif**

Peningkatan pemahaman mengenai tanda bahaya kehamilan sejak dini kepada penyandang disabilitas yang sedang hamil beserta pasangan dan pendampingnya (pada saat pelayanan ANC).

### **2) Preventif**

Pelayanan ANC sesuai standar.

### **3) Tata laksana**

- Tatalaksana asuhan pasca keguguran sesuai standar. Penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu hamil. Kemudian lakukan stabilisasi pasien keguguran sesuai standar sebelum dirujuk ke faskes terdekat dan dilakukan penanganan keguguran sesuai standar sesuai tatalaksana keguguran di puskesmas PONED atau rumah sakit.
- Dukungan emosional dan konseling pasca keguguran, termasuk konseling untuk penggunaan kontrasepsi apabila diperlukan.

Keguguran dapat terjadi secara spontan maupun dengan indikasi abortus yang ditandai dengan tanda-tanda bahaya kehamilan. Mengetahui tanda-tanda dan penyebab keguguran lebih awal akan membantu penyandang disabilitas yang sedang hamil lebih berhati-hati dengan kondisi kehamilannya.

### **3. Persalinan**

#### **a) Promotif**

- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas dan keluarga/pendamping tentang kehamilan (tanda bahaya kehamilan), persalinan, nifas, KBPP, dan manajemen laktasi.
- Memberikan konseling persalinan kepada pendamping maupun penyandang disabilitas bahwa harus dilakukan oleh tenaga kesehatan dan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- Pengenalan dan pemanfaatan buku KIA.

#### **b) Preventif**

- Persalinan pada penyandang disabilitas dilaksanakan sesuai keadaan klinis pasien atau sesuai hasil pemeriksaan pada saat masa kehamilan.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.
- Mengenali tanda awal persalinan seperti perut mulas secara teratur, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban.

#### **c) Tata laksana**

- 1) Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar. Pelayanan dilakukan minimal oleh bidan yang memiliki STR dan sesuai kewenangannya. Persalinan normal dapat

dilakukan di FKTP, namun untuk persalinan dengan komplikasi dilakukan di FKRTL yang ditolong oleh dokter spesialis.

- 2) Pelayanan ibu bersalin dimulai dari kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pelayanan persalinan diberikan mengikuti Pedoman Asuhan Persalinan Normal. Sebelum pelayanan persalinan dilakukan, ibu yang akan bersalin ditawarkan pelayanan salah satu metode kontrasepsi.
- 3) Untuk Pedoman Asuhan Persalinan Normal, terdapat 5 aspek pelayanan yaitu:
  - a) Membuat keputusan klinik
  - b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
  - c) Pencegahan infeksi
  - d) Pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan
  - e) Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir
- 4) Penyandang disabilitas dapat bersalin dengan normal asal dipastikan keadaan ibu dan bayi tidak ada komplikasi/ masalah. Untuk disabilitas intelektual maupun fisik perlu pendampingan keluarga/orang terdekat untuk mendukung ibu pada saat melahirkan.

#### **4. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan (Nifas)**

Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan (nifas) pada penyandang disabilitas meliputi:

##### **a) Promotif**

- Pelayanan masa nifas pada penyandang disabilitas dilaksanakan dengan melibatkan keluarga/pendamping atau *care giver*, setelah

sebelumnya dilaksanakan konseling oleh petugas kesehatan.

- Peningkatan pemahaman bagi penyandang disabilitas dan pendamping mengenai pentingnya ASI Eksklusif bagi bayi dan anjuran untuk menyusui sampai usia 2 tahun (dapat dilakukan sejak ANC).
- Pengenalan dan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

#### **b) Preventif**

- Fasilitasi manajemen laktasi bagi penyandang disabilitas untuk pemerahan, penyimpanan, dan pengiriman ASI (apabila bayi ditiptkan ke keluarga), melalui penyediaan fasilitas alat perah (*breast pump*), botol ASI, kulkas/lemari pendingin, dan lain sebagainya.
- Konseling kesehatan ibu dan anak.

#### **c) Tata laksana**

- 1) Pelayanan pasca persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) yang kompeten dan memiliki STR.
- 2) Pelayanan masa nifas dilaksanakan minimal 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu:
  - a) Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6-48 jam setelah persalinan.
  - b) Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan.
  - c) Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan.
  - d) Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan.

3) Jenis pelayanan masa nifas meliputi:

a) Pelayanan pada ibu nifas

- Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu
- Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- Pemeriksaan jalan lahir
- Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
- Pemberian kapsul vitamin A
- Pelayanan KB PP
- Konseling, dan
- Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas

b) Pelayanan pada bayi baru lahir

- Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
- Manajemen Terpadu Bayi Muda yang merupakan bagian dari Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
- Skrining Bayi Baru Lahir
- Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi kepada ibu dan keluarganya.

## **B. Pelayanan Keluarga Berencana**

Pelayanan kontrasepsi bertujuan untuk menunda kehamilan, menjarangkan jarak kehamilan dan menghentikan kesuburan. Bagi penyandang disabilitas yang menggunakan kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi dilaksanakan melalui pemilihan metode kontrasepsi sesuai pilihan pasangan suami istri, sesuai indikasi, dan tidak mempengaruhi produksi Air Susu Ibu.

Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggung jawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan. Pelayanan kontrasepsi meliputi:

### **1. Promotif**

- KIE/konseling tentang metode kontrasepsi. Sedangkan informasi dilakukan secara lengkap dan cukup sehingga pasien dapat memutuskan untuk memilih metoda kontrasepsi yang akan digunakan (*informed choice*).
- Peningkatan pemahaman tentang KB dan perencanaan kehamilan baik kepada penyandang disabilitas dan pasangan serta pendampingnya.
- Pemberian atau pemasangan kontrasepsi kepada penyandang disabilitas harus didahului dengan konseling dan persetujuan tindakan medik (*informed consent*).

### **2. Preventif**

- Kontrasepsi darurat disertai konseling dapat diberikan kepada penyandang disabilitas yang mengalami perkosaan atau kekerasan seksual guna mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Penggunaan kontrasepsi dapat atas permintaan sendiri atau ditawarkan oleh petugas kesehatan dengan mempertimbangkan potensi risiko kehamilan.

### **3. Pelayanan Kontrasepsi**

Pelayanan kontrasepsi bagi penyandang disabilitas meliputi:

- Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan (setelah melahirkan hingga 42 hari)

- Pelayanan kontrasepsi interval (masa diantara dua kehamilan)
- Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu pelayanan kontrasepsi dalam kurun waktu  $\leq 3$  hari setelah hubungan seksual tanpa pelindung (kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi, tidak menggunakan kontrasepsi, atau kasus perkosaan/kekerasan seksual).
- Tata laksana efek samping dan komplikasi penggunaan kontrasepsi sesuai standar

Metode kontrasepsi yang tersedia bagi penyandang disabilitas sama dengan metode kontrasepsi yang tersedia bagi non penyandang disabilitas, meliputi:

a. MKJP:

- IUD/AKDR
- Implant/susuk

Bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki lengan, implant/susuk KB dapat dipasang di bawah kulit perut.

- MOW/Tubektomi
- MOP/Vasektomi

b. Non MKJP

- Pil
- Suntik

Bagi penyandang disabilitas fisik yang tidak memiliki lengan, suntik KB dapat diberikan secara intramuskular di area gluteus (bokong) atau tungkai.

- Kondom

Salah satu hak dari penyandang disabilitas adalah menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi.

Pemberian pelayanan kontrasepsi pada penyandang disabilitas harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien. Misalnya pemberian informasi dan konseling pada disabilitas sensorik, fisik, intelektual dan/atau mental akan berbeda satu sama lain. Tenaga kesehatan harus mampu berempati dan memberikan penjelasan yang tepat baik kepada klien maupun keluarga/pendamping atau *care giver*.

Pemasangan dan pemilihan metode kontrasepsi disesuaikan dengan status kesehatan klien sehingga penyandang disabilitas dapat menggunakan kontrasepsi yang aman dan tepat. Bagi penyandang disabilitas intelektual dan mental, pemilihan metode kontrasepsi dapat dilakukan oleh keluarga/pendamping setelah mendapatkan konseling.

Pemasangan metode kontrasepsi tidak boleh atas paksaan baik oleh keluarga/pendamping maupun petugas kesehatan. Untuk metode kontrasepsi injeksi dan implant apabila tidak dapat dilakukan di lengan dapat dilakukan di bagian tubuh lain seperti paha dan perut dengan prinsip secara estetik tertutup dan tidak mengganggu pergerakan.

### **C. Pelayanan Kesehatan Seksual**

Penyandang disabilitas masih memiliki keterbatasan akses terhadap informasi kesehatan, termasuk informasi dasar tentang perkembangan dan perubahan tubuh mereka. Selain itu penyandang disabilitas juga sangat berisiko mendapat tindak kekerasan dan pelecehan seksual. Akibatnya, mereka berisiko terinfeksi IMS, termasuk HIV. Oleh karena itu, informasi dan pelayanan kesehatan seksual sangat penting bagi penyandang disabilitas, meliputi:

## **1. Promotif**

- a. Penjelasan kepada penyandang disabilitas beserta pendampingnya tentang organ reproduksi dan cara menjaga kebersihan organ reproduksi.
- b. Penjelasan mengenai pengelolaan menstruasi, seperti memasang dan melepas pembalut, membuang pembalut, serta pemahaman karakteristik menstruasi (frekuensi, durasi, volume darah, pengelolaan nyeri, dll).
- c. Penjelasan mengenai perilaku seksual berisiko tinggi yaitu perilaku yang menyebabkan seseorang terpapar dengan darah, semen, cairan vagina yang tercemar kuman penyebab IMS atau HIV. Perilaku seksual berisiko dapat dihindari dengan memberikan edukasi kepada penyandang disabilitas agar berperilaku seksual yang aman. Perilaku seksual aman yaitu suatu cara dalam melakukan aktivitas seksual agar tidak tertular dari penyakit menular seksual, misalnya:
  - tidak berganti-ganti pasangan
  - tidak melakukan hubungan seks usia dini
  - berhubungan seksual dengan menggunakan kondom secara benar dan konsisten
  - tidak memiliki pasangan dalam jumlah banyak
- d. Menganjurkan kepada penyandang disabilitas untuk lebih banyak menghabiskan waktu dengan kegiatan ibadah bersama, penyaluran hobi dan aktivitas fisik untuk mengurangi risiko dalam melakukan seks yang tidak aman.

## **2. Preventif**

- a. Konseling mengenai kebersihan organ reproduksi dan pengelolaan kebersihan menstruasi.
- b. Konseling mengenai keluhan atau gangguan menstruasi.

### 3. Kuratif-Rehabilitatif

#### a. Diagnosis

Gangguan menstruasi yang sering dialami meliputi:

- Menoragia: durasi menstruasi lebih lama (>5 hari)
- Hipermenorea: volume darah menstruasi lebih banyak
- Hipomenorea: volume darah menstruasi lebih sedikit
- Polimenorea: jarak antarsiklus menstruasi lebih pendek (<21 hari)
- Oligomenorea: jarak antarsiklus menstruasi lebih panjang (>35 hari)
- Metroragia: perdarahan terjadi pada setiap waktu di antara siklus menstruasi
- Amenorea: tidak menstruasi selama 3 bulan berturut-turut
- Dismenorea

Diagnosis gangguan menstruasi umumnya dapat dilakukan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, termasuk riwayat penggunaan kontrasepsi. Jika gangguan menstruasi berlanjut, sebaiknya klien dirujuk ke Rumah Sakit untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter spesialis obgin guna penentuan etiologi dan penegakan diagnosis.

#### b. Tatalaksana

Tatalaksana gangguan menstruasi disesuaikan dengan penyebabnya, meliputi:

- Perbaiki gaya hidup dan pola makan gizi seimbang,
- Terapi hormonal,
- Pengobatan, dan/atau
- Tindakan surgikal

#### **D. Pencegahan dan Penanganan Penyakit Tidak Menular (Kanker Payudara dan Kanker Leher rahim)**

Deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim sangatlah penting, karena semakin dini penyakit ini dideteksi maka kemungkinan keberhasilan pengobatannya semakin besar. Deteksi dini kanker leher rahim perlu dilakukan pada penyandang disabilitas perempuan berusia 20 tahun ke atas (prioritas: 30-50 tahun), utamanya pada penyandang disabilitas perempuan dengan faktor risiko kanker, yaitu merokok, konsumsi alkohol, stress, melakukan hubungan seksual pertama kali sebelum usia 20 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, dan melahirkan terlalu banyak anak.

Pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular (kanker payudara dan kanker leher rahim) yang dapat dilakukan meliputi:

##### **1. Promotif**

- a. Peningkatan pemahaman mengenai kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.
- b. Peningkatan pemahaman mengenai pola hidup sehat untuk mencegah kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.
- c. Peningkatan pemahaman mengenai pentingnya deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim kepada penyandang disabilitas dan pendampingnya serta pasangannya.

##### **2. Preventif**

- a. Konseling pada penyandang disabilitas perempuan usia >20 tahun dan pendamping serta pasangan, khususnya usia 30-50 tahun dan telah menikah atau berperilaku seksual aktif.

- b. Deteksi dini kanker payudara melalui pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). SADARI dapat dilakukan secara rutin setiap bulan yaitu pada hari ke 7 sampai 10 dari hari pertama haid atau sesudah menstruasi, dan bagi perempuan yang telah menopause dapat menetapkan satu hari setiap bulannya untuk melakukan SADARI. SADARI bagi penyandang disabilitas fisik dapat dilakukan oleh keluarga terdekat atau pendamping yang berjenis kelamin sama (teknik SADARI pada lampiran 5).
- c. Pemeriksaan payudara secara klinis (SADANIS). Skrining SADANIS berkala (1-3 tahun sekali) oleh dokter atau bidan terlatih (teknik SADANIS pada lampiran 6).
- d. Pemeriksaan IVA secara berkala setiap 3-5 tahun sekali (teknik pemeriksaan IVA pada lampiran 7).

### **3. Kuratif-Rehabilitatif**

#### **a) Diagnosis**

Bila dari hasil deteksi dini (SADARI, SADANIS, dan IVA) ditemukan kecurigaan kearah kanker payudara dan/atau kanker leher rahim, maka dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki sarana diagnostis dan dokter ahli.

#### **b) Tatalaksana**

- a. Jika diagnosis kanker payudara telah ditegakkan, penderita dirujuk ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas untuk tatalaksana kanker payudara sesuai standar pelayanan kedokteran.
- b. Jika hasil deteksi dini kanker serviks dengan IVA positif, maka dapat dilakukan tindakan krioterapi di Puskesmas yang telah terlatih sesuai dengan indikasi. Penyandang disabilitas juga dapat dirujuk

ke Rumah Sakit untuk mendapatkan tatalaksana kanker serviks sesuai standar.

- c. Dukungan psikologis dan konseling.

Kanker payudara dapat disembuhkan jika ditemukan pada stadium dini. Oleh karena itu deteksi dini kanker payudara sangatlah penting. Semakin dini penyakit ini dideteksi maka kemungkinan keberhasilan pengobatannya semakin besar. Begitu pula kanker leher rahim bisa dicegah bila lesi prakanker ditemukan dari sejak perubahan awal sel (displasia) sampai dengan prakanker, sedini mungkin melalui skrining dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*), melalui pemeriksaan IVA atau papsmear.

#### **E. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia**

Salah satu masalah kesehatan yang terjadi pada penyandang disabilitas lanjut usia (Lansia) yaitu masalah kesehatan reproduksi. Program kesehatan pada lanjut usia sering hanya menitikberatkan pada pelayanan penyakit akibat proses degeneratif seperti hipertensi, stroke, diabetes mellitus, dan radang sendi atau rematik. Padahal lanjut usia juga mempunyai masalah dalam kesehatan reproduksi, utamanya hal ini dirasakan oleh perempuan ketika masa subur berakhir (menopause). Laki-laki juga mengalami penurunan fungsi seksual dan kesuburan (andropause), walaupun hal ini terjadi pada usia yang lebih lanjut lagi jika dibandingkan usia menopause yang dialami oleh perempuan. Masalah kesehatan dan gangguan fungsi seksual ini juga dapat menurunkan kualitas hidup para penyandang disabilitas lansia.

Pelayanan kesehatan lansia yang dapat diberikan kepada penyandang disabilitas meliputi:

## 1. Promotif

- a. Peningkatan pemahaman kesehatan lansia, termasuk kesehatan reproduksi (KIE/penyuluhan kesehatan).
- b. Peningkatan kesehatan lansia misalnya dengan kegiatan ibadah bersama, penyaluran hobi dan aktivitas fisik.
- c. Peningkatan penggunaan Buku Kesehatan Lanjut Usia oleh penyandang disabilitas. Setiap penyandang disabilitas lansia perlu mendapatkan Buku Kesehatan Lansia yang dapat diperoleh dari Puskesmas.

## 2. Preventif

- a. Konseling bagi penyandang disabilitas lansia yang mengalami gangguan buang air kecil guna pencegahan infeksi saluran reproduksi terutama pada perempuan.
- b. Konseling bagi penyandang disabilitas lansia yang mengalami keluhan terkait menopause atau andropause.
- c. Skrining faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dan pengelolaannya.
- d. Pemeriksaan tingkat kemandirian menggunakan instrumen *Activity of Daily Living* (ADL) dengan memakai *Barthel Index* (Lampiran 8)
- e. Pemeriksaan status mental, faktor personal dan psikologis dengan menggunakan instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Lampiran 9).

## 3. Kuratif-Rehabilitatif

- a. Diagnosis  
Pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini penyakit, termasuk pemeriksaan kesehatan reproduksi
  - Pemeriksaan status gizi

- Pemeriksaan tanda vital
  - Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan gangguan fungsional
  - Pemeriksaan laboratorium sederhana
- b. Tatalaksana
- Tatalaksana gangguan kesehatan pada penyandang disabilitas kelompok lansia perlu ditangani secara terpadu yang meliputi:
- Pengobatan sesuai indikasi.
  - Konseling kesehatan lansia.
  - Konseling gizi lansia.
  - Rujukan ke Rumah Sakit apabila ada penyandang disabilitas lansia yang sakit dan tidak bisa ditangani oleh petugas kesehatan di puskesmas.

Kesehatan dan gangguan fungsi seksual bagi lansia sering dianggap sebagai hal yang tabu untuk dibahas. Namun hal ini perlu ini perlu didiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien agar mendapat pemahaman yang benar. Kemampuan hubungan seksual dapat bertahan sampai orang mencapai lansia dengan tingkat penurunan yang berbeda-beda antara satu dengan yang lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh perubahan fungsi organ tubuh dari masing-masing individu, seperti penurunan hormon, penyakit yang menyertai, hingga gangguan fungsional yang ada pada pasien. Sebagai langkah penanganan, selain konseling rutin untuk mengoptimalkan fungsi seksual dan keinginan untuk memperbaiki hubungan seksual, dapat juga diberikan penanganan apabila terdapat gangguan fungsi seksual karena keringnya vagina maka dianjurkan penggunaan krim atau minyak pelumas.

## **F. Pencegahan dan Penanganan IMS, termasuk HIV AIDS**

Pelayanan untuk pencegahan dan penanganan IMS dan HIV AIDS pada penyandang disabilitas pada dasarnya sama dengan pelayanan bagi non-disabilitas. Pelayanan yang diberikan antara lain:

### **1. Promotif**

#### **a. Sasaran:**

- 1) Seluruh penyandang disabilitas tanpa memandang faktor risiko
- 2) Keluarga/pendamping

#### **b. Kegiatan:**

- 1) Peningkatan pemahaman tentang organ reproduksi laki-laki dan perempuan, termasuk cara menjaga kebersihan dan kesehatan organ reproduksi.
- 2) Peningkatan pemahaman tentang penyakit-penyakit yang perlu diwaspadai pada sistem reproduksi, termasuk IMS dan HIV AIDS.
- 3) Peningkatan pemahaman tentang HIV AIDS, termasuk informasi dasar, cara penularan, dan cara pencegahan.

### **2. Preventif**

a. Sasaran: individu berisiko tinggi atau populasi kunci yang belum melakukan tes atau hasil tes negatif.

#### **b. Kegiatan:**

- 1) Konseling pada individu berisiko tinggi IMS atau HIVAIDS agar bersedia melakukan deteksi dini IMS dan HIVAIDS dan berperilaku hidup sehat.
- 2) Penyediaan dan akses alat pencegahan (kondom, alat suntik steril)

c. Pencegahan infeksi HIV pasca pajanan (untuk penyandang disabilitas maupun tenaga kesehatan).

- 1) Pemberian obat profilaksis pasca pajanan secepat mungkin (1-2 jam pertama), sebelum 72 jam dan diberikan selama 28 hari. Tata cara pemberian obat untuk pencegahan pasca pajanan terdapat pada Lampiran 10.
- 2) Pemeriksaan status HIV dengan RDT HIV pada 3 bulan pasca pajanan.

### **3. Kuratif-Rehabilitatif**

#### **a. Diagnosis**

##### **1) IMS**

- Jika klien mempunyai keluhan terkait IMS (seperti duh tubuh uretra/vagina, ulkus genital, pembengkakan skrotum, pembengkakan kelenjar getah bening pangkal paha, nyeri perut bagian bawah), maka dilakukan pemeriksaan laboratorium IMS.
- Jika pemeriksaan laboratorium tidak memungkinkan, diagnosis dapat menggunakan algoritma pendekatan sindrom IMS (Lampiran 11).

##### **2) HIV AIDS**

- Deteksi dini/skrining infeksi HIV dilakukan melalui Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan (KTIP). Tes dilakukan dengan metode RDT menggunakan strategi tiga serial dengan sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Bila hasil tes non reaktif, maka klien akan dikonseling untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat supaya tidak tertular HIV. Bila hasil reaktif, maka klien akan dirujuk ke layanan PDP di Puskesmas atau rumah sakit rujukan HIV.

b. Tatalaksana

1) IMS

a) Tatalaksana etiologis:

Jika etiologis IMS dapat ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium, maka pengobatan disesuaikan dengan mikroorganisme penyebab IMS.

b) Tatalaksana pendekatan sindrom:

Jika pemeriksaan laboratorium tidak memungkinkan dan diagnosis IMS menggunakan pendekatan sindrom, maka pengobatan disesuaikan dengan algoritma pendekatan sindrom IMS (Lampiran 11).

2) HIV AIDS

Apabila diagnosis HIV AIDS telah ditegakkan, maka klien perlu memperoleh:

a) Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV dan penyakit penyerta lainnya (termasuk inisiasi terapi ARV, pemantauan kepatuhan minum obat, penanggulangan sementara efek samping obat, pemeriksaan CD4 dan VL secara berkala, pengiriman spesimen darah, dukungan gizi, perawatan paliatif)

b) Dukungan psikososial

c) Kelompok dukungan sebaya

d) Skrining Tuberkulosis (TB)

e) Tambahan bagi penyandang disabilitas hamil: program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) (*lihat bagian Kesehatan Ibu dan Anak*)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas membutuhkan pendamping untuk

memperlancar komunikasi antara tenaga kesehatan dengan penyandang disabilitas, terutama penyandang disabilitas sensorik, intelektual, dan/atau mental. Tenaga kesehatan juga harus memastikan bahwa pendamping memahami penjelasan KIE yang diberikan.

Pada penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, proses pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan penunjang dapat dilakukan sesuai standar. Namun demikian, diperlukan alat bantu atau pendamping untuk memfiksasi atau memegang klien pada saat proses pengambilan spesimen darah karena dikhawatirkan terjadi reaksi penolakan dari klien yang dapat membahayakan dirinya dan/atau petugas.

Pendamping penyandang disabilitas sebaiknya seseorang dengan jenis kelamin sama dan berasal dari keluarga terdekat serta disetujui oleh klien. Hal ini terutama terkait dengan kepentingan pengobatan yang memerlukan rutinitas dan penjelasan efek samping dan dampak yang mungkin ditimbulkan pada saat pemberian KIE kepada pendamping.

## **G. Pelayanan Kekerasan Seksual**

Kekerasan seksual merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang penting mengingat dampak yang diakibatkan tidak hanya meliputi gangguan terhadap kondisi fisik tetapi juga memberi dampak psikologis yang berkepanjangan. Keterbatasan yang dimiliki penyandang disabilitas sensorik, fisik, dan intelektual membuat kelompok ini mengalami diskriminasi ganda dan berisiko lebih tinggi untuk mengalami kekerasan seksual.

Perempuan dengan disabilitas dianggap tidak berdaya dan menghadapi kesulitan lebih besar dalam melaporkan kejahatan kekerasan seksual yang dialami untuk proses

penyidikan. Perempuan dengan disabilitas netra tidak dapat melihat pelaku sehingga mengalami kesulitan untuk melaporkan kejadian tersebut. Perempuan dengan disabilitas rungu-wicara tidak dapat berteriak dan sangat ketakutan apabila diancam oleh pelaku. Perempuan dengan disabilitas intelektual sulit membedakan antara eksploitasi dan kekerasan seksual dengan cinta. Begitu juga pada penyandang disabilitas laki-laki yang juga mempunyai risiko untuk mengalami kekerasan seksual.

Oleh karena itu diperlukan pelayanan kekerasan seksual bagi penyandang disabilitas, meliputi:

### **1. Promotif**

- a. Peningkatan pemahaman tentang kekerasan seksual, termasuk cara menghindari dan melaporkan kejadian kekerasan seksual.
- b. Peningkatan pemahaman tentang kesetaraan gender termasuk kesetaraan hak dan kewajiban.

### **2. Preventif**

Penyandang disabilitas memiliki keterbatasan pemahaman mengenai hal yang boleh/tidak boleh dilakukan orang lain terhadap dirinya (seperti menyentuh payudara/organ reproduksinya), pemahaman bahwa KDRT tidak hanya berupa kekerasan fisik. Dengan demikian dalam rangka upaya pencegahan terjadinya kekerasan seksual, tenaga kesehatan memberikan informasi/KIE mengenai pencegahan kekerasan seksual dan perlindungan diri kepada penyandang disabilitas, seperti mandi dengan pintu tertutup, berpakaian yang sopan, meminta pertolongan apabila ada hal yang mengganggu/tidak nyaman. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Pemberian konseling kepada pendamping maupun penyandang disabilitas mengenai kekerasan seksual agar dapat menghindari dan melaporkan kejadian kekerasan seksual yang dialami.
- b. Deteksi dini dan Konseling bagi penyandang disabilitas yang memiliki kecenderungan untuk melakukan kekerasan seksual. Deteksi dini dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen Sehat Jiwakah Anda, (khususnya pertanyaan butir 8-10).
- c. Pencegahan pasca pajanan untuk menghindari penularan IMS dan HIV.
- d. Pelayanan kontrasepsi darurat bagi penyandang disabilitas perempuan untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan (KtD).

### **3. Kuratif-Rehabilitatif**

#### **a. Diagnosis**

Tanda-tanda kekerasan seksual tidak spesifik dan dapat bervariasi pada setiap individu. Tenaga kesehatan perlu memiliki keterampilan untuk memberikan edukasi/KIE dan mengenali tanda-tanda terjadinya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas. Tanda tersebut mencakup tanda fisik, perilaku, dan emosional. Pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas relatif lebih sulit dilakukan. Pendamping yang mampu menjembatani kesenjangan komunikasi antara tenaga kesehatan dan penyandang disabilitas sangat dibutuhkan. Namun demikian, kekerasan seksual patut diduga dan digali lebih lanjut jika ditemukan tanda-tanda berikut:

- 1) Tanda-tanda perlawanan kekerasan, seperti gigitan, cakaran, hematoma, dll

- 2) Adanya IMS, terutama gonorea/infeksi gonokokus
- 3) Rasa nyeri, perdarahan dan atau keluarnya secret/duh tubuh dari vagina
- 4) Rasa nyeri bila buang air besar atau buang air kecil
- 5) Cedera pada payudara, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin atau dubur
- 6) Ditemukan cairan mani/semen di sekitar mulut, genitalia, dan anus

b. Tatalaksana

- 1) Pengobatan sesuai keadaan klinis. Jika kasus emergensi maka dilakukan stabilisasi keadaan umum dilanjutkan rujukan ke rumah sakit.
- 2) Pemeriksaan psikologis dan konseling bagi penyandang disabilitas korban/penyintas kekerasan.
- 3) Pemeriksaan psikologis dan konseling bagi pelaku kekerasan seksual
- 4) Pengumpulan data dan informasi dari klien, termasuk segala sesuatu yang melekat pada tubuh klien, dilanjutkan dengan pencatatan lengkap di rekam medis.
- 5) Pelayanan medikolegal (pembuatan *Visum et Repertum*/VeR jika diminta).
- 6) Pencatatan dan pelaporan.
- 7) Pendampingan psikososial.

Tenaga kesehatan perlu meningkatkan kewaspadaan dan keterampilan dalam mengenali tanda kekerasan seksual. Disamping penting untuk meningkatkan potensi dan pemberdayaan keluarga/pendamping melalui pemberian konseling khusus untuk mengenali tanda kekerasan seksual. Pelaku kekerasan pada penyandang disabilitas seringkali adalah orang terdekat, oleh karena itu saat melakukan

penanganan, tenaga kesehatan harus berhati-hati. Rekam medis dengan dugaan kasus kekerasan seksual diberlakukan seperti dokumen medikolegal.

Dalam menggali adanya kekerasan seksual pada penyandang disabilitas diperlukan koordinasi dan kerjasama dengan *peer group*. *Peer group* berupa organisasi penyandang disabilitas dengan ragam yang sama di level kab/kota maupun kecamatan atau dinas sosial setempat.



## **BAB V**

### **PERAN KELUARGA, MASYARAKAT, PEMERINTAH, DAN SWASTA**

#### **A. Peran Keluarga**

Berikut ini adalah peran keluarga bagi seorang dewasa penyandang disabilitas:

- Menerima kondisi penyandang disabilitas dan memberikan empati.
- Memberi kasih sayang dan membantu mengembangkan kemandirian.
- Mendampingi dalam berlatih dan mempelajari hal baru.
- Mengutamakan kekuatan yang dimiliki.
- Menjamin lingkungan rumah yang aman dan nyaman bagi penyandang disabilitas.
- Menjadi sumber utama informasi tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas.
- Mengenali masalah-masalah kesehatan reproduksi yang dialami penyandang disabilitas dan mencari pertolongan yang sesuai.
- Bekerja sama dengan petugas kesehatan dan unsur-unsur masyarakat lainnya.

#### **B. Peran Masyarakat**

Peran masyarakat dalam mendukung perkembangan kesehatan reproduksi penyandang disabilitas adalah:

- Menerima dengan baik keberadaan penyandang disabilitas.
- Memberikan informasi yang relevan terkait dengan nilai dan sikap seksual yang positif.
- Memberikan dukungan, menghormati terhadap keputusan yang diambil dalam pemecahan masalah, dan

berkomunikasi efektif sehingga penyandang disabilitas menjadi individu yang bertanggung jawab.

- Membangun jejaring lintas program dan lintas sektor, termasuk dengan berbagai Lembaga Swadaya Masyarakat setempat.
- Melakukan pengawasan terhadap efek negatif dari berbagai media komunikasi seperti internet dan media sosial.
- Memberi informasi tentang rujukan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas.
- Menjaga dan melindungi penyandang disabilitas dari tindak kekerasan fisik, seksual, dan psikis.
- Melaporkan kepada pihak-pihak yang berkepentingan jika menemukan kasus kekerasan pada penyandang disabilitas, melaporkan dan/atau membawa ke fasilitas kesehatan (puskesmas, rumah sakit).
- Masyarakat dan LSM menjadi mediator antara keluarga, dan tenaga kesehatan dalam memberi perlindungan dan pelayanan terbaik ramah bagi penyandang disabilitas.

### **Pemberdayaan Masyarakat/Lembaga Swadaya Masyarakat**

- Mendukung pemerintah dalam:
  - Pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif dalam kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi.
  - Pendampingan orang penyandang disabilitas dengan masalah kesehatan tertentu dalam memastikan kesinambungan pelayanan kesehatan reproduksi.
  - Memberikan masukan tentang pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas agar sesuai dengan kondisi dan kebutuhan di lapangan.
- Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dengan Tim Penggerak dan anggotanya adalah tulang punggung

untuk berbagai program dan kegiatan yang berbasis masyarakat. Oleh karena itu jejaring dengan PKK perlu dikembangkan agar masyarakat dapat menjalankan peran dan tanggung jawabnya dalam melindungi dan menjaga penyandang disabilitas.

- Pendampingan LSM dalam penanganan kasus kekerasan pada penyandang disabilitas.

## **C. Peran Pemerintah**

### **1. Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan)**

- Menyusun/menetapkan NSPK pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas
- Melakukan advokasi, sosialisasi, koordinasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas
- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas
- Bimbingan teknis bagi pengelola program secara berjenjang
- Menyusun materi KIE terkait komponen kesehatan reproduksi
- Monitoring dan evaluasi.

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan, petugas kesehatan perlu membangun jejaring dengan berbagai sektor.

### **2. Pemerintah Daerah**

Dukungan Pemerintah Daerah penting antara lain dalam menyediakan dan memobilisasi sumber daya dan menggerakkan partisipasi berbagai pemangku

kepentingan, baik institusi pemerintah maupun non-pemerintah.

**a. Dinas Kesehatan Provinsi**

- Fasilitasi implementasi NSPK pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Melakukan advokasi, sosialisasi, koordinasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Bimbingan teknis bagi pengelola program secara berjenjang.
- Membangun kemitraan dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, LSM atau pihak terkait lainnya untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas. Termasuk kerjasama dalam penanganan kasus kekerasan kepada penyandang disabilitas dengan aparat penegak hukum dan pemerintah setempat mulai dari desa/kelurahan, dst.
- Menyediakan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi.
- Pencatatan dan pelaporan.
- Monitoring dan evaluasi.

**b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota**

- Fasilitasi implementasi NSPK pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.

- Melakukan advokasi, sosialisasi, koordinasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Bimbingan teknis bagi pengelola program secara berjenjang.
- Membangun kemitraan dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, LSM atau pihak terkait lainnya untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Menyediakan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi.
- Menetapkan puskesmas dan rumah sakit untuk jejaring rujukan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Pencatatan dan pelaporan.
- Monitoring dan evaluasi.

### **c. Puskesmas/Rumah Sakit**

- Melakukan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Membangun kemitraan dengan organisasi profesi, institusi pendidikan, LSM atau pihak terkait lainnya untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
- Menyediakan media KIE terkait komponen kesehatan reproduksi.
- Pencatatan dan pelaporan.
- Monitoring dan evaluasi.

### **3. Lintas Sektor**

#### **a. Sektor Pendidikan**

Jejaring pendidikan dengan sektor pendidikan luar sekolah, Kementerian Sosial dalam menyediakan sarana pendukung pelatihan keterampilan, sebagai tempat yang sangat strategis untuk memberikan pendidikan keterampilan termasuk informasi dan edukasi kesehatan reproduksi kepada penyandang disabilitas sejak di bangku sekolah, sehingga pada saat dewasa dan bergabung dengan masyarakat, penyandang disabilitas memiliki kesiapan dan pengetahuan yang komprehensif tentang kesehatan reproduksi.

#### **b. Sektor Sosial**

Pekerja sosial yang ada di wilayah setempat perlu dilibatkan dalam mengembangkan dan memberikan pendidikan keterampilan serta pelayanan kesehatan reproduksi kepada penyandang disabilitas, melalui:

- Penjangkauan dan pendataan penyandang disabilitas usia dewasa
- Pendampingan penyandang disabilitas usia dewasa, termasuk untuk memastikan kesinambungan tata laksana lanjutan pelayanan kesehatan
- Memfasilitasi apabila penyandang disabilitas usia dewasa memerlukan pelayanan kesehatan atau rujukan lebih lanjut

#### **c. Organisasi Profesi Kesehatan dan Institusi Pendidikan Kesehatan**

Mendukung Pemerintah dalam:

- 1) Pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif dalam peningkatan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa, termasuk penyediaan media KIE/konseling dan pelaksanaan KIE/konseling bagi penyandang disabilitas usia dewasa.
- 2) Pemberian KIE dan konseling bagi penyandang disabilitas usia dewasa, misal melalui penyelenggaraan penyuluhan, *support groups*, Kelas Ibu, sesi konseling, dll.
- 3) Peningkatan kapasitas penggiat program disabilitas dalam pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa
- 4) Memberikan dukungan penyediaan tenaga kesehatan paruh waktu atau mahasiswa kesehatan guna membantu pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas usia dewasa melalui program *internship/magang*, *on the job training*, praktik kerja lapangan, dll.

#### **D. Peran Lembaga Filantropi dan Sektor Swasta/Dunia Usaha**

Mendukung pemerintah dalam:

1. Pemenuhan kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan bagi penyandang disabilitas.
2. Pemenuhan kebutuhan personal higiene bagi penyandang disabilitas (misal: celana dalam, pembalut, air bersih, jamban sehat, dll).
3. Penyediaan media KIE kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas (misal: pengobatan masal; pemberian makanan tambahan bagi penyandang disabilitas yang hamil, bersalin, nifas; penyediaan fasilitas manajemen laktasi).

## **BAB VI**

### **PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

Pelaksanaan program dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas perlu dicatat dan dilaporkan sehingga dapat dilakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala.

#### **A. Pencatatan dan Pelaporan**

Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. Saat memberikan pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas tenaga kesehatan harus mencatatkan hasil pemeriksaannya.

Tugas tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas antara lain:

- 1) Mencatat semua jenis kegiatan pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas serta data yang berkaitan dengan format yang ada secara benar, berkesinambungan dan teratur.
- 2) Melaporkan data tersebut ke jenjang administrasi yang lebih tinggi sesuai dengan kebutuhan yaitu pelaporan pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas dari puskesmas dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
- 3) Mengolah data tersebut untuk menjadi informasi di lingkungan Kementerian Kesehatan sehingga bermanfaat untuk menentukan permasalahan kesehatan reproduksi serta upaya penanggulangannya.

Sistem pencatatan merupakan bagian penting dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas, oleh karena itu melalui pencatatan yang baik akan diperoleh data dasar untuk menentukan kebijakan dan

pengembangan program selanjutnya. Pada prinsipnya pencatatan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas mengikuti sistem pencatatan yang ada di puskesmas dengan tambahan keterangan pada data pasien berupa jenis disabilitas yang dialami oleh pasien. Kegiatan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang dicatat meliputi semua pelayanan baik promotif dan preventif serta kuratif dan rehabilitatif.

## **B. Monitoring dan Evaluasi**

Monitoring dapat diartikan sebagai upaya pengumpulan, pencatatan, dan analisis data secara periodik dalam rangka mengetahui kemajuan program dan memastikan kegiatan program terlaksana sesuai rencana yang berkualitas.

Evaluasi adalah suatu proses pengumpulan dan analisis informasi mengenai efektivitas dan dampak suatu program dalam tahap tertentu baik sebagian ataupun keseluruhan untuk mengkaji pencapaian program yang diperoleh dari pencatatan dan pelaporan.

Monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota kepada puskesmas yang berada di wilayah kerjanya, melalui analisis laporan rutin dan pengamatan lapangan yang dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali dan paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.

Dinas kesehatan juga harus melakukan pembinaan terhadap puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas melalui kegiatan pemantauan pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui pertemuan yang diadakan setiap satu bulan sekali.

## **BAB VII PENUTUP**

Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas dilakukan melalui upaya komprehensif dari aspek promotif, preventif hingga aspek kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan tersebut berlaku untuk semua jenis ragam penyandang disabilitas baik sensorik, fisik, intelektual dan mental dengan cara pemberian pelayanan yang disesuaikan untuk setiap ragam disabilitas. Hal ini dimaksudkan agar para penyandang disabilitas tetap mendapatkan haknya dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi. Oleh karena itu dengan adanya pedoman ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi tenaga kesehatan dan semua pihak yang terlibat dalam memastikan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi untuk memenuhi hak-hak kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.



## DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Penyandang Disabilitas Netra dan Rungu-wicara bagi Tenaga Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Panduan Program Nasional Gerakan Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia dan Geriatri bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Rencana Aksi Program Sekretariat Jenderal Kemenkes Th. 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Colbran, Nicola. 2010. *Akses terhadap Keadilan Penyandang Disabilitas Indonesia: Laporan Kajian Latar Belakang*. AusAID.
- Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia (HWDI). 2015. *Laporan Assessment Kesehatan Seksual and Reproduksi Perempuan Penyandang Disabilitas 2015*. Jakarta: HWDI.

- WHO/UNFPA. 2009. *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. WHO/UNFPA Guidance Note.* WHO: Geneva.
- WHO. *Disability and Health*. Sumber: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> Reviewed November 2016. Diunduh 23 Januari 2017 Pukul 10.00 WIB.
- WHO. *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for all People with Disability.* 2015
- Ditjen Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial RI. *Pelayanan Penyandang Disabilitas Dalam Menggunakan Berbagai Sarana Aksesibilitas* Sumber: <http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=18765> Diunduh 22 Januari 2017 Pukul 22.00 WIB.
- WHO. *Disability and Health.* Sumber: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> Reviewed November 2016. Diunduh 23 Januari 2017 Pukul 10.00 WIB.
- Amir, Hdt, Ahmad, BN, Narsin, AD, and Hossein, M. 2017. *Comparison of Anthropometric Dimensions in Healthy and Disabled Individuals.*
- Katherine, FG, Dorothy, EN, Angela, BA, Richard, W and Lauren A, RN. 2012. *'Truth Be Told: Evidence of Wheelchair Users' Accuracy in Reporting Their Height and Weight'.* American Congress of Rehabilitation Medicine: November ; 93(11): 2055–2061

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Pengukuran Tinggi Badan (TB) dan Panjang Badan (PB)

Alat yang digunakan untuk mengukur TB dan PB antara lain: microtoise, stadiometer, dan shorrboard. Pengukuran TB pada individu yang tidak dapat berdiri, kifosis (bungkuk) atau mengalami masalah postural lainnya seperti pada Lansia dan penyandang disabilitas dapat diperkirakan melalui tinggi lutut, tinggi duduk, panjang depa, atau rentang lengan lalu diperhitungkan dengan rumus tertentu untuk menentukan tinggi badan:

#### 1. Tinggi Lutut

Tinggi lutut dapat diukur dalam posisi duduk atau berbaring.

##### Cara pengukuran dengan posisi duduk:

Subjek duduk dengan posisi tegak tidak bersandar. Pengukuran dilakukan pada tungkai kiri. Pastikan antara tulang kering dengan tulang paha membentuk  $90^{\circ}$ . Alat ukur ditempatkan di antara tumit sampai bagian atas tempurung lutut, sejajar dengan tulang kering. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm. Ulangi pemeriksaan satu kali lagi dan catat rerata nilai dari kedua pengukuran tersebut.

##### Cara pengukuran dengan posisi berbaring:

Subjek berbaring di atas lantai atau kasur dengan permukaan rata tanpa menggunakan bantal dan alas kepala (topi). Alat terdiri atas segitiga kayu dan penggaris. Segitiga kayu diletakkan pada tungkai kiri antara tulang kering dan tulang paha agar dapat mempertahankan tungkai kiri dalam posisi membentuk sudut  $90^{\circ}$ . Alat ukur ditempatkan diantara tumit sampai bagian atas tempurung lutut, sejajar dengan tulang

kering. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm. Ulangi pemeriksaan satu kali lagi dan catat rerata nilai dari kedua pengukuran tersebut.

Prediksi TB dapat dihitung dengan rumus:

$$\begin{aligned} \text{Prediksi TB Perempuan} &= (2,225 \times \text{tinggi lutut}) + 50,25 \\ \text{Prediksi TB Laki-laki} &= (1,924 \times \text{tinggi lutut}) + 69,38 \end{aligned}$$

## 2. Panjang Depa (Demispán)

Pengukuran ini tidak dianjurkan diukur dalam posisi berbaring atau telentang karena dapat mengurangi tingkat ketelitian hasil pengukuran sehingga hasilnya kurang akurat. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan pita ukur, dimulai dari titik tengah dada di antara kedua tulang selangka (*sternal notch*) yang telah ditandai terlebih dahulu. Rentangkan dan letakkan lengan kiri klien dalam posisi horisontal dan sejajar dengan bahu menempel pada permukaan dinding yang rata. Ukur panjang depa dari jarak tanda pada titik tengah tersebut (*sternal notch*) sampai sela pangkal di antara jari tengah dan jari manis. Pastikan lengan dan pergelangan tangan yang diukur pada kondisi yang lurus. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm.

Hasil pengukuran panjang depa dikonversikan dengan rumus sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Prediksi TB Perempuan} &= (1,35 \times \text{panjang depa}) + 60,1 \\ \text{Prediksi TB Laki-laki} &= (1,40 \times \text{panjang depa}) + 57,8 \end{aligned}$$

### 3. Rentang Satu Lengan

Rentang lengan merupakan jarak dari *sternal notch* sampai ujung jari tengah. Klien diminta untuk merentangkan dan meletakkan lengan yang tidak dominan dalam posisi horisontal dan sejajar dengan bahu menempel pada permukaan dinding yang rata. Selanjutnya, ukur jarak antara sternal notch sampai ke ujung jari tengah. Pastikan lengan dan pergelangan tangan yang diukur pada kondisi yang lurus. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm. **Tinggi badan sama dengan dua kali jarak rentang lengan tersebut.**

### 4. Rentang Dua lengan

Klien yang diukur harus memiliki lengan yang dapat direntangkan sepanjang mungkin dalam posisi lurus mendatar/horisontal dan tidak dikepal. Jika salah satu dari kedua lengan tidak dapat diluruskan karena sakit atau sebab lainnya, maka pengukuran ini tidak dapat dilakukan. Pengukuran dilakukan dengan panjang pita pengukur minimal 2 meter.

Klien diminta untuk merentangkan kedua lengan dalam posisi horisontal dan sejajar dengan bahu menempel pada permukaan dinding yang rata. Selanjutnya, ukur jarak antara ujung jari tengah tangan kanan ke ujung jari tengah tangan kiri. Pastikan lengan dan pergelangan tangan yang diukur pada kondisi yang lurus. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm. **Tinggi badan sama dengan jarak rentang kedua lengan tersebut.**

## 5. Pengukuran Tinggi Badan dengan Menggunakan Kursi Roda

Apabila memungkinkan klien hanya menggunakan pakaian dalam (atau berpakaian setipis mungkin), dan tidak menggunakan alas kaki. Klien duduk pada bidang horizontal, menegakkan badan, pandangan lurus, merelaksasi bahu, siku bergantung, paha dan pergelangan berada pada posisi horizontal, sementara betis di posisi vertikal. Untuk mensupport postur ini, gunakan kursi ergonomis bila tersedia. Peralatan yang dibutuhkan :

- Kursi antropometri standard
- Kaliper ukuran besar dan kecil
- Meteran
- Stadiometer (Dapat juga digunakan pada mereka yang dapat berdiri tegak)

Pengukuran dilakukan seperti pada gambar dibawah ini:

*Davoudian Talab AH et al.*

A	Sitting Height	Floor to Top of the Head
B	Eye Height	Floor to Centre of the Eye
C	Shoulder Height	Floor to Acromion
D	Popliteal Length	
E	Popliteal Height	Popliteal Cavity - Floor
F	Hip-knee Length	Posterior Side of the Buttocks - Articular Line of the Popliteal Cavity
G	Hip Breadth	Lateral Aspect of the Hip
H	Shoulder Breadth	Lateral Aspect of the Deltoids at the Shoulder Level
I	Arm Reach Forward	Protraction of the Shoulder

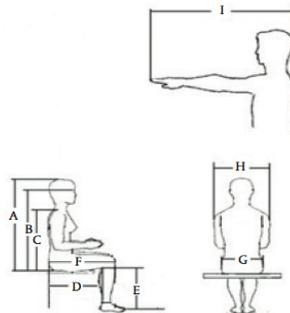
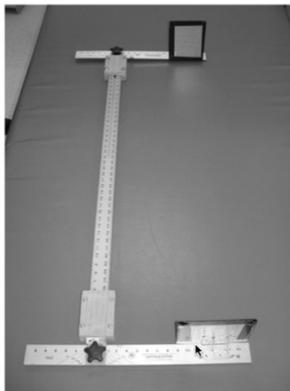


Figure 1. Dimensions of Anthropometry Based on the Method of Standard Measurements ISO/IDS7250; Sitting Postures

Sumber: Talab et al, *Dimensions of Anthropometry Based on the Method of Standard Measurements ISO/IDS7250; Sitting Postures*

## 6. Pengukuran panjang badan Dengan Kursi Roda Untuk Mengukur BMI

Pasien ditidurkan dalam posisi supinasi pada meja pemeriksaan dan diukur menggunakan antropometer yang khusus. Komponen antropometer yang digunakan adalah Persegi T yang dapat disesuaikan, 4 balok kayu, dan 2 plat besi. Blok kayu dipaku pada dua buah penggaris panjang ukuran kurang lebih 120 cm, sehingga penggaris dapat dibentangkan hingga kurang lebih didapatkan total panjang 220 cm. Plat besi ditaruh disisi paling ujung dari kedua penggaris. Untuk pengukurannya, plat besi diletakkan diatas kepala pasien, kaki sejajar dengan panggul, penggaris berada di sebelah kanan pasien. Ujung distal dari alat ukur ditaruh pada ujung kalkaneus pasien. Bagi pasien yang memiliki spastisitas, kontraktibilitas, yang tidak dapat tidurur terlentang atau mendorsifleksikan kaki sampai 90 derajat, maka pemeriksa diminta untuk mengekstensikan kaki sejauh mungkin atau mengdorsifleksikan kaki.



Contoh alat ukur untuk panjang badan pasien disabilitas

## Lampiran 2. Pengukuran Berat Badan (BB)

1. Perhitungan BB dengan pengukuran Lingkar Betis (LB), tinggi lutut (TL), Lingkar Lengan atas (LiLA) dan Tebal Lemak Subskapular (TLS)

Pengukuran BB diukur dengan menggunakan timbangan pijak. Klien diukur dalam posisi berdiri tegak pandangan ke depan dan memakai pakaian seminimal mungkin, tanpa isi kantong dan alas kaki. Pengukuran individu yang cedera dan tidak mampu berdiri dapat diperkirakan melalui pengukuran Lingkar Betis (LB), tinggi lutut (TL), Lingkar Lengan atas (LiLA) dan Tebal Lemak Subskapular (TLS) lalu dikonversikan dengan rumus berikut:

BB Laki-laki	= (0,98 x LB) + (1,16 x TL) + (1,73 x LiLA) + (0,37 x TLS) – 81,69
BB Perempuan	= (1,27 x LB) + (0,87 x TL) + (0,98 x LiLA) + (0,4 x TLS) - 62,35

Pada klien yang mengalami amputasi atau disabilitas fisik, perkiraan BB harus memperhitungkan proporsi anggota badan yang dengan menggunakan rumus perhitungan dan tabel sebagai berikut:

Perkiraan BB	= BB saat ini : (1 – proporsi anggota badan yang diamputasi/tidak ada)
--------------	--

Tabel Persentase Kontribusi Anggota Badan terhadap BB

Bagian Tubuh	Kontribusi (%)
Badan tanpa anggota badan	50
Tangan	0,7
Lengan bawah dengan tangan	2,3
Lengan bawah tanpa tangan	1,6
Lengan atas	2,7
Seluruh lengan	5
Kaki	1,5
Tungkai bawah dengan kaki	5,9
Tungkai bawah tanpa kaki	4,4
Paha	10,1
Seluruh tungkai	16

Contoh:

Misalnya seseorang memiliki BB 58 kg dan mengalami amputasi tungkai kiri di bawah lutut, maka perkiraan BB yang sesungguhnya =  $58 : (1-0,059) = 61,6$  kg

## 2. Pengukuran Berat Badan Pada Penyandang Disabilitas Yang Menggunakan Kursi Roda

Berat Badan diukur menggunakan *seca wheelchair accessible scale* atau alat ukur berat badan sejenis yang dapat menimbang kursi roda. Setelah mengukur berat badan pasien dengan kursi roda, berikutnya pasien diletakkan di kursi/bed pemeriksaan, kemudian ukur berat kursi roda sendiri. Berat badan pasien didapatkan dari berat badan pasien dengan kursi roda dikurangi dengan berat kursi roda itu sendiri.

### Lampiran 3. Penentuan Status Gizi

#### 1. Lingkar Pinggang

Ukuran lingkar pinggang dapat digunakan untuk memperkirakan lemak tubuh, khususnya lemak abdomen atau viseral, sehingga menjadi parameter adanya obesitas sentral/abdomen (*android obesity*). Pengukuran lingkar pinggang dilakukan dengan menggunakan metode WHO dengan cara sebagai berikut:

Lingkar pinggang diukur pada klien dalam posisi berdiri dengan kedua tungkai berjarak 20-25 cm dan berat badan terbagi merata di kedua kaki. Lingkar pinggang diukur dengan pita ukur pada daerah tengah yang terletak diantara sudut inferior kosta terakhir dengan iliaka. Pita ukur dililitkan setepat mungkin sesuai bidang horizontal. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm.

Batas ambang ukuran lingkar pinggang yang direkomendasikan untuk populasi Asia adalah > 90 cm untuk lak-laki dan > 80 cm untuk perempuan. Meskipun IMT seseorang dalam kondisi normal, namun bila ukuran lingkar pinggang di atas batas ambang tersebut risiko morbiditas terkait komplikasi metabolik tetap meningkat.

#### 2. Lingkar Pinggul

Klien diukur dengan baju minimal sehingga pengukuran dapat lebih akurat. Pengukuran dilakukan pada posisi bokong yang paling menonjol yang dapat dilihat dari sisi kanan/kiri subjek (pengukur berjongkok dengan pandangan setinggi pinggul maksimal). Kemudian pita ukur dilingkarkan dengan posisi horisontal tanpa menekan kulit. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm.

Perhitungan rasio lingkaran pinggang terhadap lingkaran pinggul (*waist to hip ratio*/WHR) juga dapat digunakan untuk mengukur obesitas sentral. Nilai ambang batas WHR menurut WHO (2008) yaitu  $\geq 0,9$  pada laki-laki dan  $\geq 0,85$  pada perempuan. Namun demikian, WHO lebih merekomendasikan pengukuran lingkaran pinggang dibandingkan pengukuran WHR untuk mengevaluasi obesitas sentral.

### 3. Lingkaran Paha

Klien diukur dengan baju minimal sehingga pengukuran dapat lebih akurat. Pengukuran dilakukan dengan pita ukur pada paha kaki sebelah kiri. Pada posisi duduk dan kaki membentuk sudut  $90^{\circ}$ , lalu tentukan titik tengah paha. Kemudian klien diukur lingkaran pahanya pada posisi berdiri. Pita ukur dilingkarkan pada paha (pada titik tengah) untuk mendapatkan lingkaran paha. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm.

### 4. Lingkaran Betis

#### a. Lingkaran betis dengan posisi klien duduk atau berdiri

Sebelum pengukuran klien diminta untuk menggulung celana sampai di atas betis. Klien duduk dengan posisi tidak bersandar atau berdiri dengan beban berat badan terbagi merata pada kedua kaki menghadap ke pengukur. Lingkarkan pita ukur pada betis dengan diameter yang terbesar. Lakukan pengukuran ulang di atas dan di bawah titik pengukuran yang pertama untuk memastikan diameter terbesar yang diukur. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm.

#### b. Lingkaran betis dengan posisi klien berbaring

Klien berbaring di atas lantai atau kasur dengan permukaan rata tanpa menggunakan bantal dan alas kepala (topi). Posisikan lutut kiri klien pada sudut  $90^{\circ}$ . Lingkarkan pita

ukur pada betis dengan diameter yang terbesar. Tarik pita hingga pas tetapi tidak begitu ketat. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 cm. Pengulangan pengukuran harus mendapatkan hasil yang serupa dengan perbedaan ketelitian dalam kisaran 0,5 cm.

## 5. Tebal Lemak

Ketebalan lapisan kulit diukur dengan *skinfold caliper* range 0-80 mm, tekanan konsisten sebesar 10 g/mm persegi. Pemeriksaan dilakukan dengan pemeriksaan yang sudah terlatih. Lokasi pengukuran sebagai berikut: triseps, biseps, subscapular, krista iliaka, abdomen, paha bagian depan, dan medial betis.

### a. Tebal Lemak Triseps

Tebal lemak triseps diukur pada lengan kiri dengan menggunakan alat ukur *skinfold caliper*. Buat garis tengah pada lengan. Pengukuran dilakukan dengan mencubit kulit (menggunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri) pada garis acromiale radiale pertengahan posterior. Pencubitan dilakukan secara vertikal paralel terhadap garis lengan atas. *Skinfold caliper* kemudian dijepitkan pada lipatan kulit yang dicubit. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 mm.

### b. Tebal Lemak Biseps

Tebal lemak biseps diukur pada lengan kiri dengan menggunakan alat ukur *skinfold caliper*. Lipatan kulit pada mid-acromiale-radiale diangkat/ dicubit dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, sehingga lipatan vertikal dan paralel dengan sumbu lengan atas. *Skinfold caliper* kemudian dijepitkan pada lipatan kulit yang dicubit. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan skala 0,1 mm.

c. Tebal Lemak Subskapular

Tebal lemak subskapular diukur dengan menggunakan alat ukur skinfold caliper. Lipatan kulit setebal 2 cm diangkat/ dicubit dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri sepanjang garis lateral dan miring ke arah bawah dari subskapular (dengan kemiringan sekitar  $45^{\circ}$ ). *Skinfold caliper* kemudian dijepitkan pada tebal lemak yang dicubit. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 mm.

d. Tebal Lemak Suprailiaka

Tebal lemak suprailiaka diukur pada garis aksilaris posterior di atas spina iliaka dengan menggunakan alat ukur skinfold caliper. Klien diukur pada posisi berdiri. Tebal lemak digenggam dengan posisi miring pada garis aksilaris posterior. Alat ukur diletakkan sekitar 1 cm dari jari yang mencubit tebal lemak. Pembacaan skala dilakukan pada alat dengan ketelitian 0,1 mm.

## Lampiran 4. Jenis Pemeriksaan ANC

Tabel berikut adalah ceklis jenis pemeriksaan pada saat kunjungan kehamilan (ANC)

No	Jenis Pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Keadaan umum	√	√	√
2.	Suhu tubuh	√	√	√
3.	Tekanan darah	√	√	√
4.	Berat badan	√	√	√
5.	LiLA	√		
6.	Tinggi Fundus Uteri (TFU)		√	√
7.	Presentasi janin		√	√
8.	Denyut Jantung Janin (DJJ)		√	√
9.	Pemeriksaan Hb	√	*	√
10.	Golongan darah	√		
11.	Protein urin		*	*
12.	Gula darah/reduksi	*	*	*
13.	Darah malaria	√*	*	*
14.	BTA	*	*	*
15.	IMS/sifilis	√	*	*
16.	Serologi HIV	√	*	*
17.	Hepatitis B	√	*	*
18.	USG	*	*	*

Keterangan:

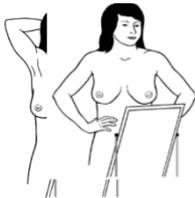
- √ : rutin (dilakukan pemeriksaan rutin)
- \*
- √\* : pada daerah endemis akan menjadi pemeriksaan rutin
- √\*\* : pada daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB akan menjadi pemeriksaan rutin

## Lampiran 5. Teknik Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)

1. Perhatikan bentuk dan ukuran payudara melalui cermin dengan posisi kedua lengan di samping tubuh.



2. Perhatikan payudara dengan kedua tangan ke atas kepala kemudian kedua tangan di pinggang.



3. Dengan lembut tekan setiap puting dan lihat apakah ada cairan yang keluar.



4. Angkat lengan kiri ke atas kepala atau dapat juga dilakukan pada posisi tiduran.



5. Gunakan permukaan jari yang rata untuk menekan payudara. Pastikan untuk menyentuh seluruh bagian payudara. Gunakan pola yang sama setiap bulan



6. Periksa daerah antara payudara dan ketiak serta payudara dan tulang dada. Ulangi semua langkah tersebut untuk payudara sebelah kanan.



## Lampiran 6. Teknik Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS)

### A. Persiapan

Pada saat pemeriksaan payudara dibutuhkan persiapan seperti:

1. Katakan bahwa Anda akan memeriksa payudara seorang perempuan.

Tanyakan apakah klien mengetahui adanya perubahan dalam payudaranya dan apakah klien secara rutin telah melakukan pemeriksaan payudara sendiri.

2. Sebelum klien pergi untuk membuka pakaian bagian atas, jelaskan cara memeriksa payudara yang juga dapat dilakukannya sendiri.
3. Setelah membuka pakaian mulai pinggang ke atas, minta klien duduk di meja periksa dengan kedua lengan di sisi tubuhnya.

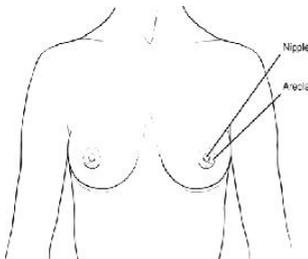
Dokter bedah:

- Memeriksa dan mendiagnosa kasus rujukan.
- Melakukan *biopsy* pada suspek kanker.
- Identifikasi sarana umum perawatan paliatif, misalnya: penghilang nyeri, asuhan psikologi, dan dukungan moral.
- Mengawasi dan mendukung petugas klinis.
- Merujuk atau mendiskusikan dalam tumor board dengan bagian/disiplin lain jika perlu.
- Kanker payudara yang sudah dikonfirmasi dengan USG/*mammografi* dilakukan mastektomi dan/atau kemoterapi dan radioterapi bila perlu.

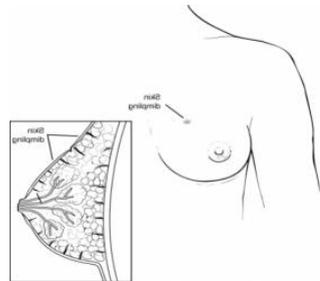
## B. Inspeksi

1. Lihatlah bentuk dan ukuran payudara (Gambar 1). Perhatikan apakah ada perbedaan bentuk, ukuran, puting atau kerutan atau lekukan pada kulit (Gambar 2). Walaupun beberapa perbedaan dalam ukuran payudara bersifat normal, ketidakberaturan atau perbedaan ukuran dan bentuk dapat mengindikasikan adanya massa. Pembengkakan, kehangatan, atau nyeri yang meningkat pada salah satu atau kedua payudara dapat berarti adanya infeksi, khususnya jika klien tersebut sedang menyusui.

**Gambar 1 Tampilan Payudara (Kedua Tangan di Sisi Tubuh)**



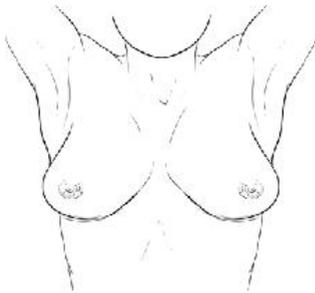
**Gambar 2 Kerutan atau Lekukan pada Payudara**



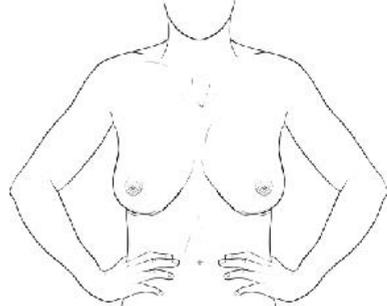
2. Lihat puting susu dan perhatikan ukuran dan bentuknya serta arah jatuhnya (misalkan apakah kedua payudara menggantung secara seimbang?). Periksa juga apakah terdapat ruam atau nyeri pada kulit dan apakah keluar cairan dari puting.
3. Minta klien untuk:
  - a. Mengangkat kedua tangan ke atas kepala (Gambar 3a) kemudian menekan kedua tangan di pinggang untuk mengencangkan otot dadanya (*musculus pectoralis*/otot pektoralis (Gambar 3b). Pada setiap posisi, periksa ukuran, bentuk dan simetri, lekukan puting atau kulit

payudara dan lihat apakah ada kelainan (kedua posisi tersebut juga dapat terlihat jeruk atau lekukan pada kulit jika ada).

**Gambar 3a Klien Mengangkat Lengan ke Atas Kepala**

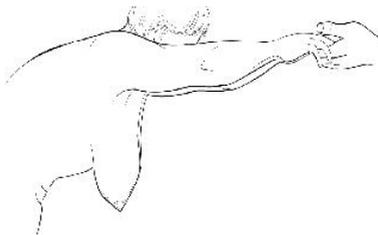


**Gambar 3b Klien Menekan Kedua Tangan di Pinggang**



- b. Membungkukkan badan ke depan untuk melihat apakah kedua payudara tergantung secara seimbang (Gambar 3c).

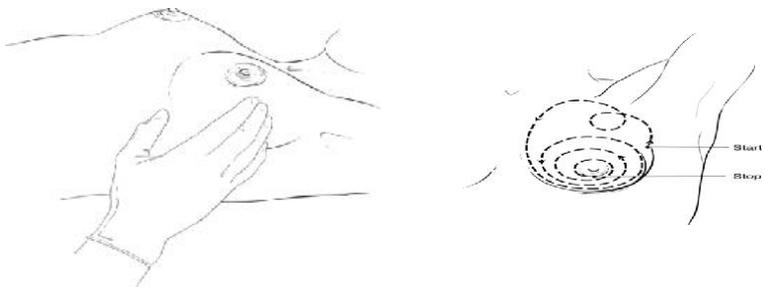
**Gambar 3c Klien Membungkukkan Badan ke Depan**



### C. Palpasi

1. Minta klien untuk berbaring di meja periksa.
2. Dengan meletakkan sebuah bantal di bawah punggung pada sisi yang akan diperiksa akan membuat jaringan ikat payudara menyebarkan, sehingga dapat membantu pemeriksaan payudara.
3. Letakkan kain bersih di atas perut klien.
4. Letakkan lengan kiri klien di atas kepala. Perhatikan payudaranya untuk melihat apakah tampak sama dengan payudara sebelah kanan dan apakah terdapat lipatan atau lekukan.
5. Gunakan permukaan tiga jari tangan, lakukan palpasi payudara dengan menggunakan teknik spiral. Mulai pada sisi terluar payudara (Gambar 4). Tekan jaringan ikat payudara dengan kuat pada tulang rusuk setelah selesai tiap satu putaran dan secara bertahap pindahkan jari-jari menuju aerola. Lanjutkan sampai semua bagian selesai diperiksa. Perhatikan apakah terdapat benjolan atau nyeri (*tenderness*).

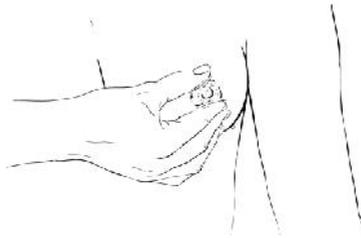
**Gambar 4 Teknik Spiral untuk Pemeriksaan Payudara**



6. Dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tekan puting payudara dengan lembut (Gambar 5). Lihat apakah keluar cairan: bening, keruh, atau berdarah. Cairan keruh atau berdarah yang keluar dari puting harus ditulis dalam

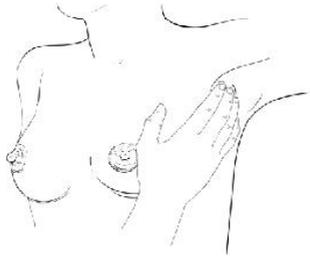
catatan ibu/klien. Walaupun cairan keruh dari salah satu atau kedua payudara dianggap normal sampai selama 1 tahun setelah melahirkan atau berhenti menyusui, hal tersebut jarang disebabkan karena kanker, infeksi, tumor, atau kista jinak.

**Gambar 5 Memeriksa Cairan Puting (Payudara Kiri)**



7. Ulangi langkah tersebut pada payudara sebelah kiri.
8. Jika ada keraguan tentang temuan (misalnya apakah terdapat benjolan) ulangi langkah-langkah, klien duduk dengan kedua lengan di sisi badannya.
9. Untuk memalpasi bagian pangkal payudara, minta klien duduk dan mengangkat lengan kirinya setinggi bahu. Bila perlu, minta klien meletakkan tangannya di bahu Anda. Tekan sisi luar dari otot pektoralis sambil bertahap menggerakkan jari-jari ke pangkal ketiak untuk memeriksa apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening (*lymph nodes*) atau kekenyalan (Gambar 6). Penting untuk melakukan palpasi pada pangkal payudara karena disini biasanya terdapat kanker.

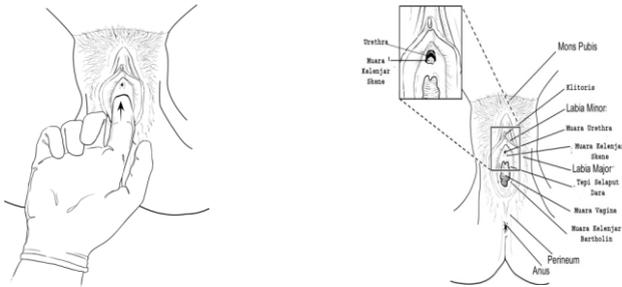
### Gambar 6 Memeriksa Pangkal Payudara (Payudara Kiri)



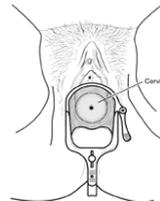
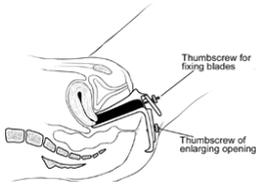
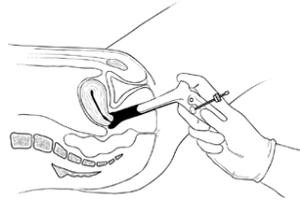
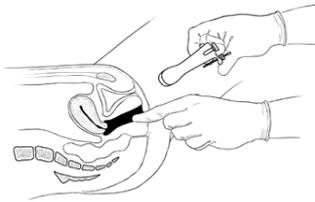
10. Ulangi langkah tersebut untuk payudara sebelah kiri.
11. Jelaskan temuan kelainan jika ada, dan hal yang perlu dilakukan. Jika pemeriksaan sepenuhnya normal, katakan bahwa semua normal dan sehat dan waktunya untuk kembali melakukan pemeriksaan (misalnya tiap tahun atau jika klien menemukan adanya perubahan pada pemeriksaan payudara sendiri). Untuk memudahkan pemeriksaan, dapat menggunakan cairan pelicin seperti minyak kelapa, *baby oil*, atau *lotion*.
12. Catat temuan.

## Lampiran 7. Teknik Pemeriksaan IVA

1. Inspeksi/periksa genitalia eksternal dan lihat apakah terjadi discharge pada mulut uretra. Palpasi kelenjar *Skene's and Bartholin's*. *Jangan menyentuh klitoris, karena akan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu.* Katakan pada ibu/klien bahwa spekulum akan dimasukkan dan mungkin ibu akan merasakan beberapa tekanan.



2. Dengan hati-hati masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu secara perlahan buka bilah/daun spekulum untuk melihat leher rahim. Atur spekulum sehingga seluruh leher rahim dapat terlihat. Hal tersebut mungkin sulit pada kasus dengan leher rahim yang berukuran besar atau sangat *anterior* atau *posterior*. Mungkin perlu menggunakan spatula atau alat lain untuk mendorong leher rahim dengan hati-hati ke atas atau ke bawah agar dapat terlihat.



**Catatan:** Jika dinding vagina sangat lemah, gunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan ikat yang menonjol diantara bilah/cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum, pasangkan kondom pada kedua bilah/cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk rongga antara bilah/cocor bebek.

3. Bila leher rahim dapat terlihat seluruh kunci spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya saat melihat leher rahim. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak.

**Catatan:** Selama proses tindakan, mungkin perlu untuk menyesuaikan baik sudut pandang spekulum atau posisi lampu/senter agar dapat melihat leher rahim dengan baik.

4. Jika sedang memakai sarung tangan lapis pertama/luar, celupkan tangan tersebut ke dalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan tersebut dengan membalik sisi dalam ke luar. Jika sarung tangan bedah akan digunakan kembali,

didesinfeksi dengan merendam ke dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Jika ingin membuang, buang sarung tangan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.

5. Pindahkan sumber cahaya agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas.
6. Amati leher rahim apakah ada infeksi (cervicitis) seperti discharge/cairan keputihan mucous ectopi (ectropion); kista Nabothy atau kista Nabothian, nanah, atau lesi "strawberry" (infeksi *Trichomonas*).
7. Gunakan kapas lidi bersih untuk membersihkan cairan yang keluar, darah atau mukosa dari leher rahim. Buang kapas lidi ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
8. Identifikasi ostium servikalis dan Sambungan Skuamo Kolumnas (SSK) serta daerah di sekitarnya.
9. Basahi kapas lidi dengan larutan asam asetat dan oleskan pada leher rahim. Bila perlu, gunakan kapas lidi bersih untuk mengulang pengolesan asam asetat sampai seluruh permukaan leher rahim benar-benar telah dioleskan asam asetat secara merata. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
10. Setelah leher rahim dioleskan larutan asam asetat, tunggu selama 1 menit agar diserap dan memunculkan reaksi *acetowhite*.
11. Periksa SSK dengan teliti. Lihat apakah leher rahim mudah berdarah. Cari apakah ada bercak putih yang tebal atau epitel *acetowhite*. yang menandakan IVA positif

<p><b>Catatan:</b> SSK harus benar-benar terlihat seluruhnya untuk menentukan apakah leher rahim normal atau</p>
--



IVA negatif



IVA positif

12. Bila perlu, oleskan kembali asam asetat atau usap leher rahim dengan kapas lidi bersih untuk menghilangkan mukosa, darah atau debris yang terjadi saat pemeriksaan dan mungkin mengganggu pandangan. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
13. Bila pemeriksaan visual pada leher rahim telah selesai, gunakan kapas lidi yang baru untuk menghilangkan sisa asam asetat dari leher rahim dan vagina. Buang kapas sehabis dipakai pada tempatnya.
14. Lepaskan spekulum secara halus. Jika hasil tes IVA negatif, letakkan spekulum ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk didesinfeksi. Jika hasil tes IVA positif dan setelah konseling pasien menginginkan pengobatan segera, letakan spekulum pada nampan atau wadah agar dapat digunakan pada saat krioterapi.
15. Lakukan pemeriksaan bimanual dan rectovagina (bila diindikasikan). Periksa kelembutan gerakan leher rahim; ukuran, bentuk, dan posisi rahim; apakah ada kehamilan atau abnormalitas dan pembesaran uterus atau kepekaan (*tenderness*) pada adnexa.

**Lampiran 8. Pemeriksaan Tingkat Kemandirian Lansia  
(Instrumen ADL)**

**PENILAIAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) DENGAN**

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Hasil
1	Mengendalikan rangsang BAB	0	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu)	
		2	Terkendali teratur	
2	Mengendalikan rangsang BAK	1	Tak terkendali atau pakai kateter	
		2	Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong	

	berupa potongan, dianggap dibantu)	2	memotong makanan Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: mengancing baju) Mandiri	
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	

**Skor Modifikasi Barthel Indeks (Nilai AKS):**

- 20 : Mandiri (A)  
12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)  
9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)  
5 – 8 : Ketergantungan berat (C)  
0 – 4: Ketergantungan total (C)

## Lampiran 9. Pemeriksaan Status Mental (Instrumen GDS)

### INSTRUMEN GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Tanggal : .....

Nama : .....

Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan perasaan Anda selama dua minggu terakhir.

No	Pertanyaan			Skor
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	YA	<b>TIDAK</b>	
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat /kesenangan anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	<b>YA</b>	TIDAK	
4	Apakah anda sering merasa bosan?	<b>YA</b>	TIDAK	
5	Apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	YA	<b>TIDAK</b>	
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar hidup anda?	YA	<b>TIDAK</b>	

8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	<b>YA</b>	TIDAK	
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	<b>YA</b>	TIDAK	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	<b>YA</b>	TIDAK	
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	YA	<b>TIDAK</b>	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	<b>YA</b>	TIDAK	
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	YA	<b>TIDAK</b>	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	<b>YA</b>	TIDAK	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	<b>YA</b>	TIDAK	
<b>TOTAL SKOR</b>				

## **Panduan pengisian instrumen GDS**

- a. Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan keadaan perasaannya dalam **dua minggu terakhir**, tidak ada jawaban benar salah, **jawablah ya atau tidak** sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
- b. Bacakan pertanyaan nomor 1 – 15 sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab ya atau tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
- c. Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah **jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
- d. Jumlah skor diantara **5-9** menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
- e. Jumlah skor **10** atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

## Lampiran 10. Tatalaksana Pencegahan Pasca Pajanan HIV AIDS

### A. Penetapan Pemenuhan Syarat Untuk Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) HIV

- Berikan obat Profilaksis Pasca Pajanan secepat mungkin (1-2 jam pertama), sebelum 72 jam
- Bila pajanan Risiko Rendah, pemberian obat PPP setelah 72 jam tidak efektif.
- Bila pajanan Risiko Tinggi, tetap berikan obat PPP sebelum 7 hari pertama.

Dasar pertimbangan pemberian PPP:

#### 1. Kategori Pajanan (KP)

KP	Pajanan	Volume pajanan
1	Kulit non intak/ mukosa	Sedikit
2	Kulit non intak/ mukosa	Banyak
	Menembus kulit	Jarum solid/ goresan superfisial
3	Menembus kulit	Jarum berlubang, tusukan dalam

2. Status HIV sumber pajanan (KS HIV)

Kriteria Sumber HIV	Status HIV	Klinis	RNA HIV & CD4
1	HIV Positif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asimtomatik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VL Titer rendah</li> <li>• CD4 tinggi</li> </ul>
2	HIV Positif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV primer</li> <li>• AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VL Titer tinggi</li> <li>• VL meningkat</li> <li>• CD4 rendah</li> </ul>
Tidak tahu	Tidak diketahui		

3. Ketersediaan obat PPP

KP	Status HIV sumber pajanan (KS HIV)	Regimen PPP
1	1	Tidak dianjurkan PPP
	2	Tenofavir + Lamivudin
2	1	Tenofavir + Lamivudin
	2	Tenofavir + Lamivudin + Evafirens (Emtricitabin)
3	1 atau 2	Tenofavir + Lamivudin + Evafirens (Emtricitabin)

**B. Konseling untuk PPP HIV**

Orang yang terpajan harus mendapat konseling tentang aspek spesifik PPP. Konseling meliputi informasi tentang pentingnya kepatuhan dalam pengobatan dan kemungkinan efek samping serta nasihat tentang risiko penularan.

**C. Pemberian Obat**

Obat dapat diberikan melalui puskesmas atau rumah sakit Perawatan Dukungan Pengobatan (PDP)

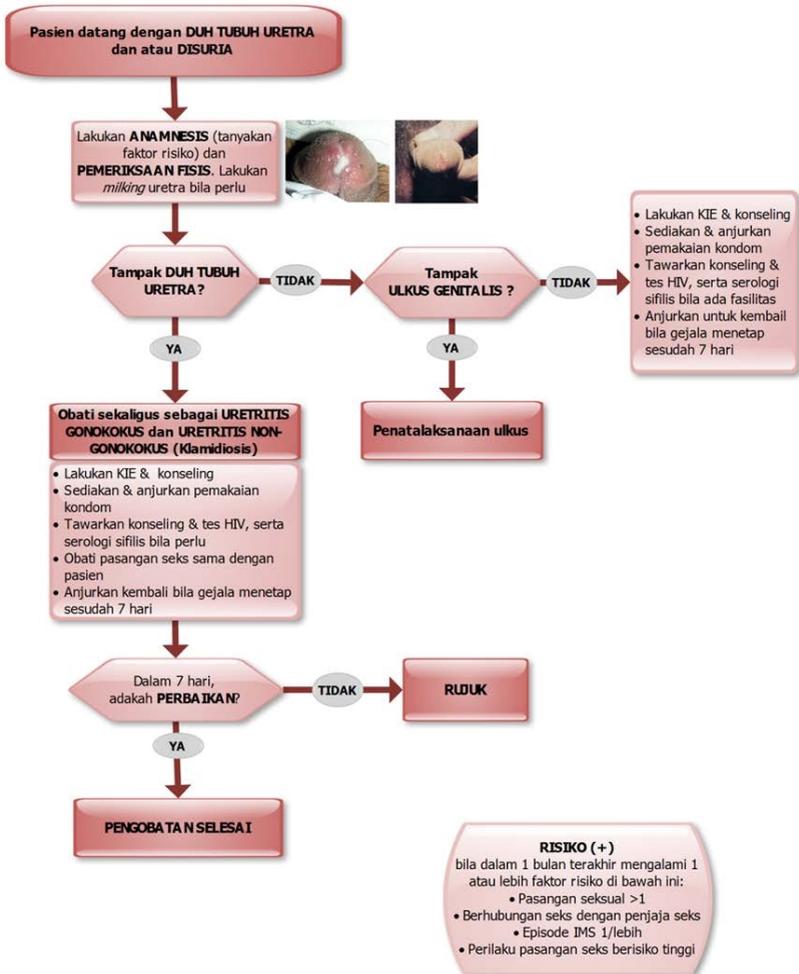
**D. Tes ulang HIV**

Tes HIV selanjutnya bagi orang yang terpajan dianjurkan dilakukan 3-6 bulan setelah pajanan

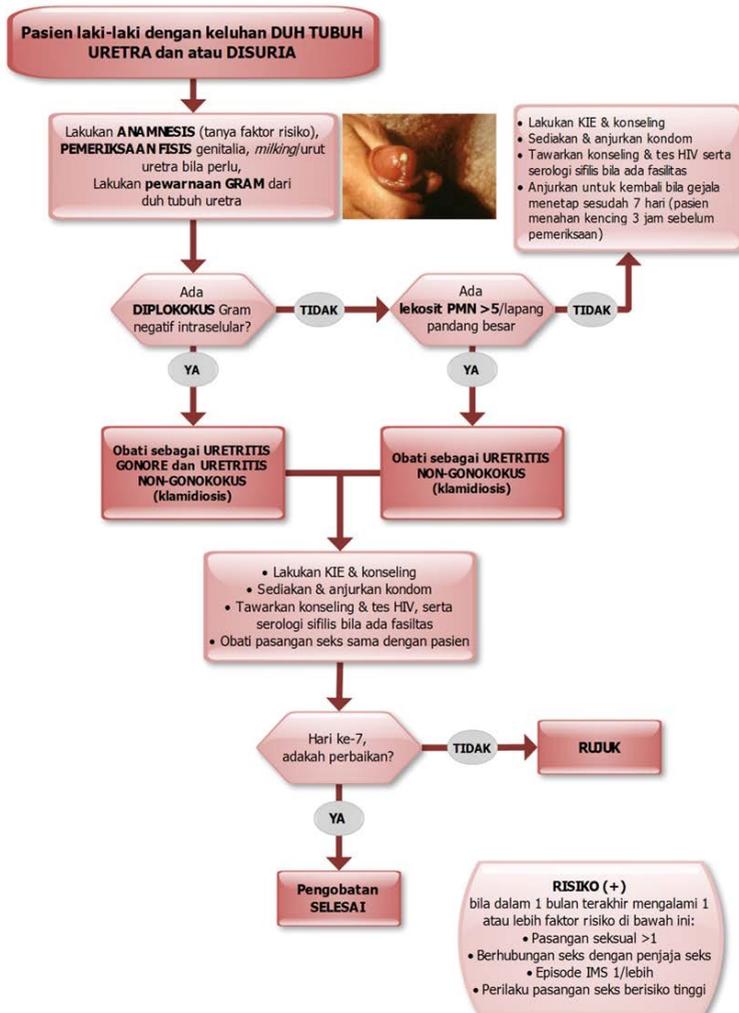
# Lampiran 11. Algoritma Pendekatan Sindrom

## 1. DuhTubuh Uretra

Bagan 1. Duh Tubuh Uretra Laki-Laki Dengan Pendekatan Sindrom

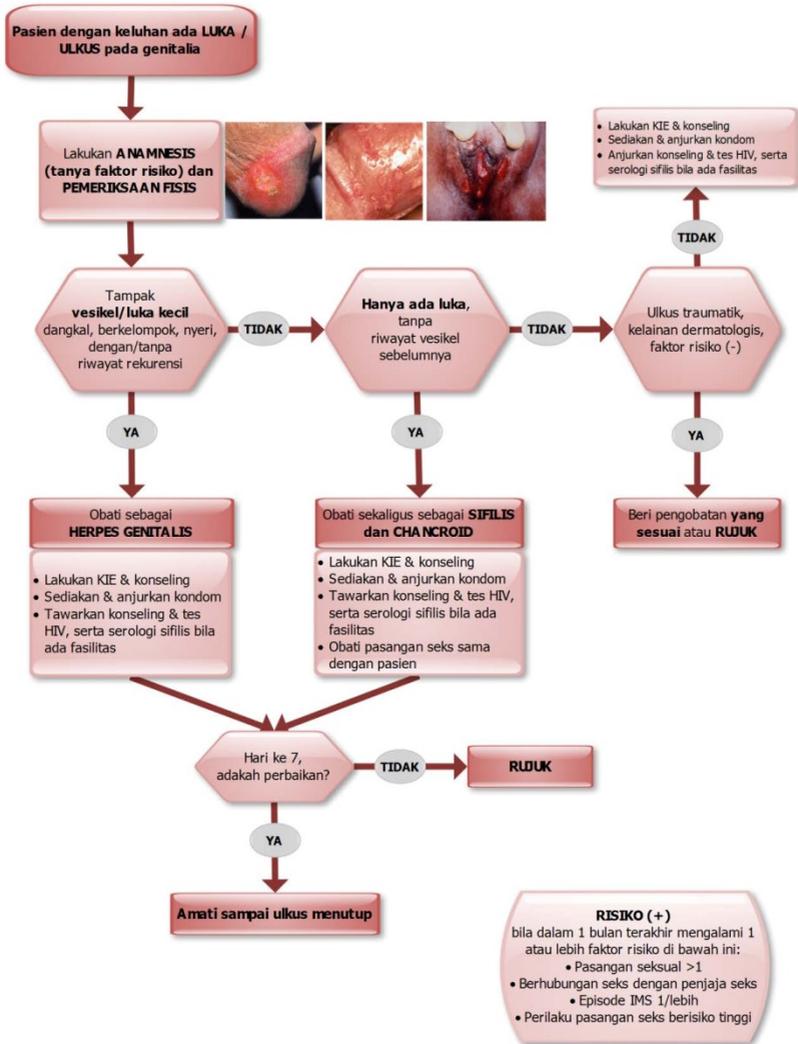


## Bagan 2. Duh Tubuh Uretra Laki-Laki Dengan Pemeriksaan Mikroskop

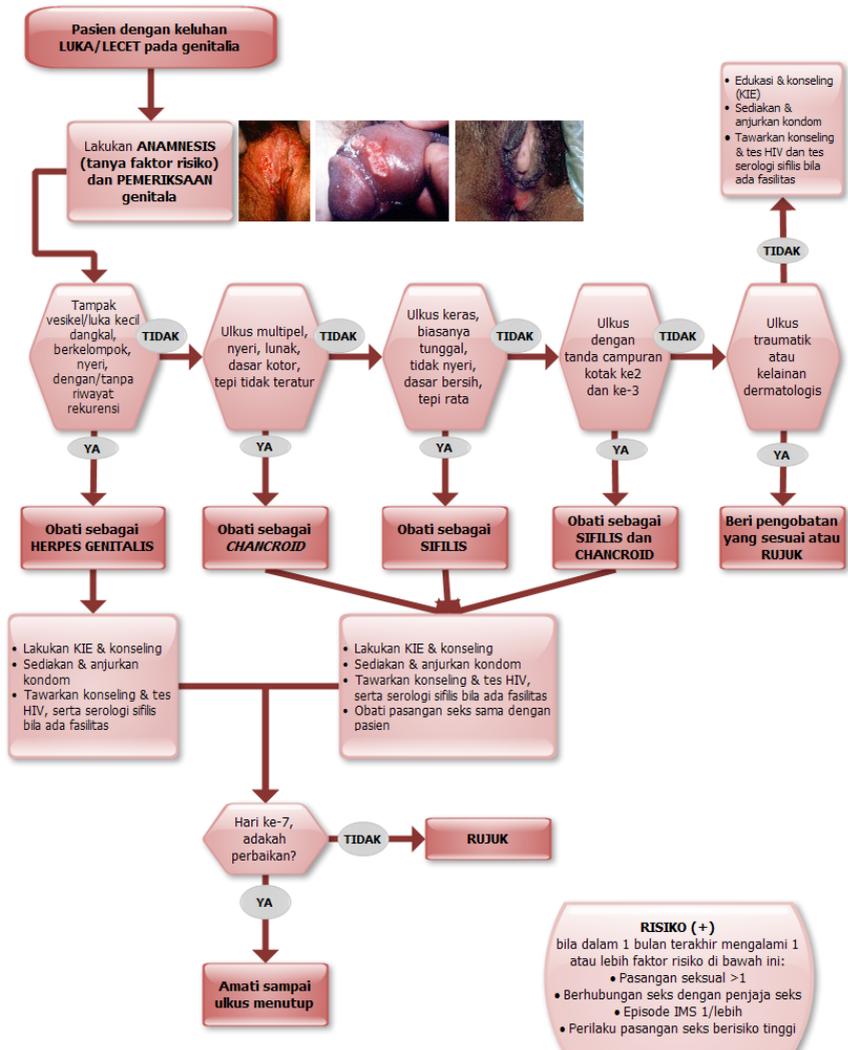


Catatan: bila layanan kesehatan tidak memiliki fasilitas pewarnaan Gram, dapat digunakan biru metilen untuk mewarnai sediaan apus duh tubuh uretra.

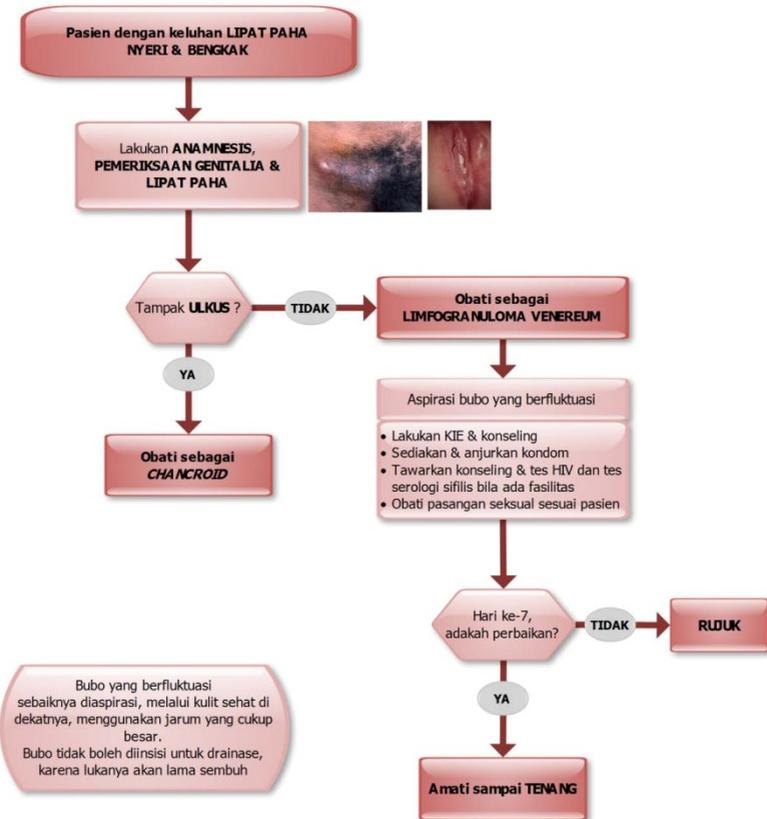
### Bagan 3. Ulkus Genital Dengan Pendekatan Sindrom



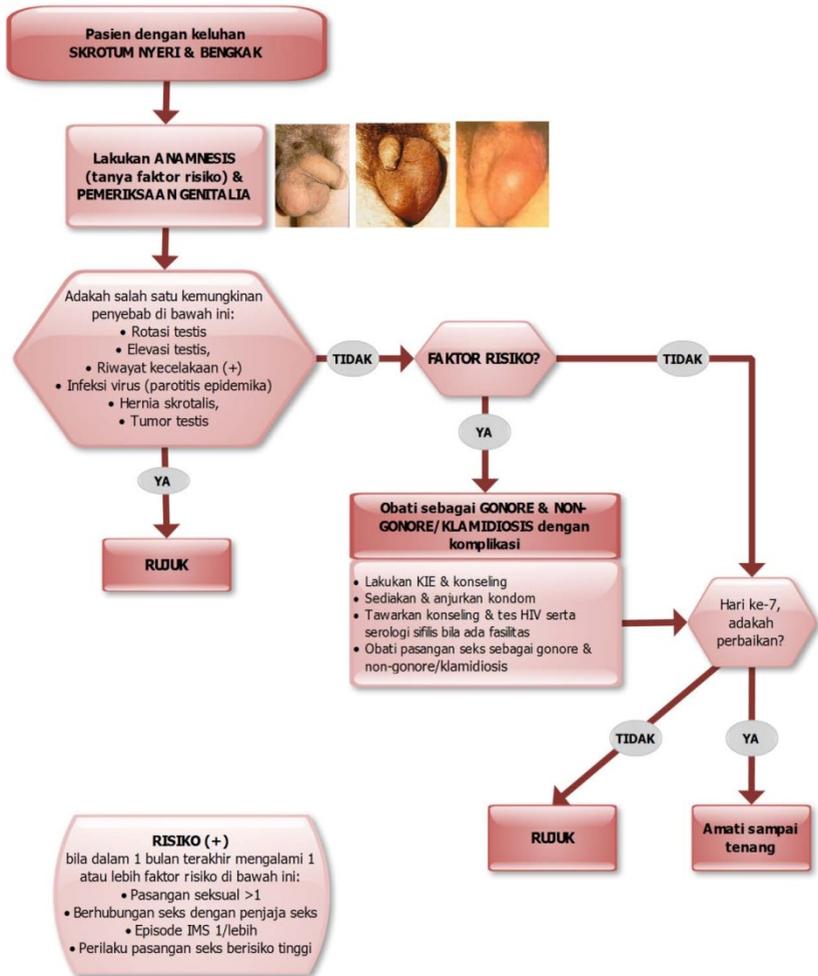
## Bagan 4. Ulkus Genital Khusus Untuk Tenaga Medis



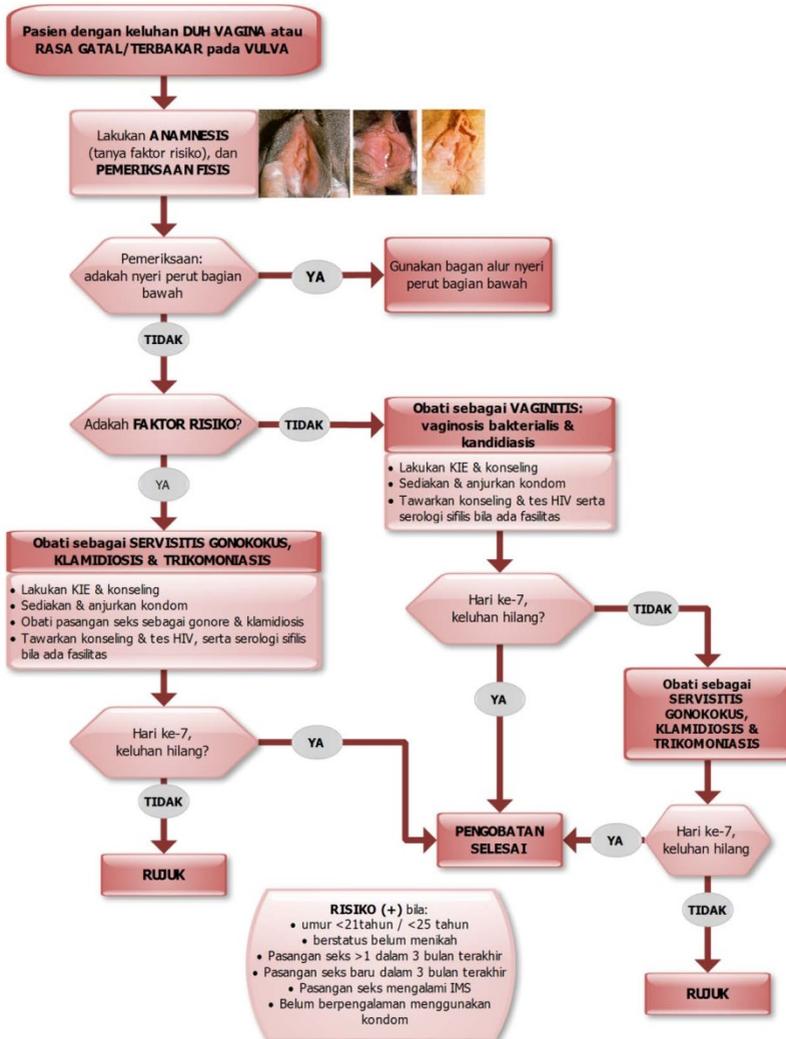
## Bagan 5. Bubo Inguinalis



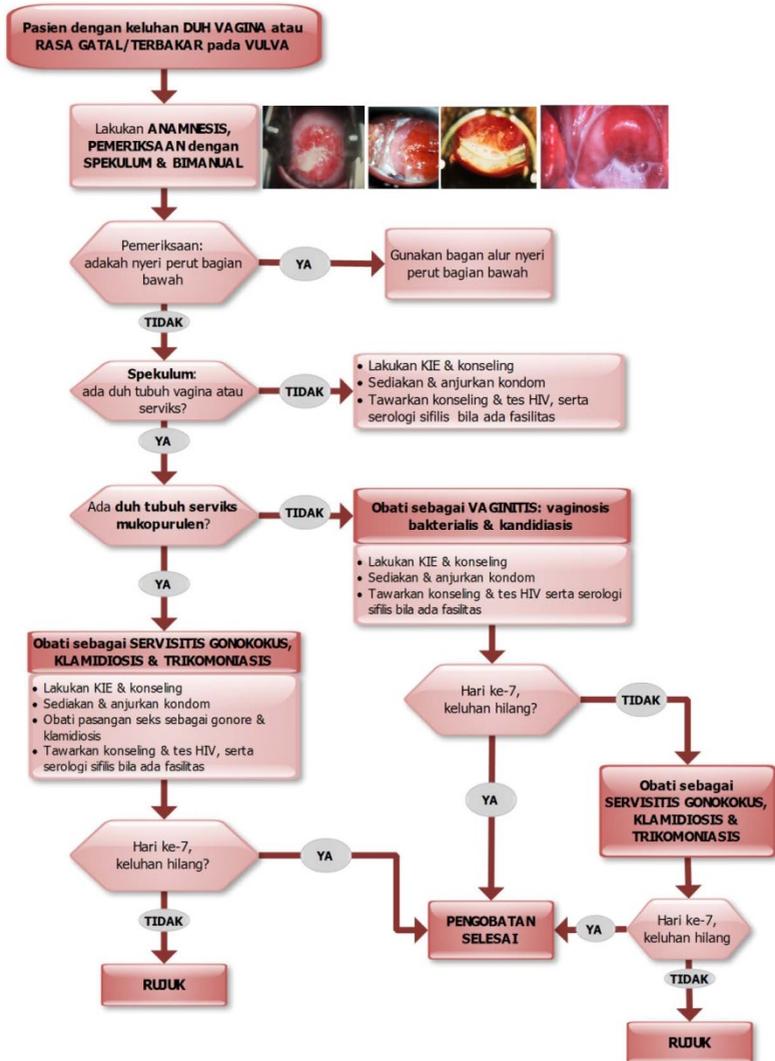
## Bagan 6. Pembengkakan Skrotum



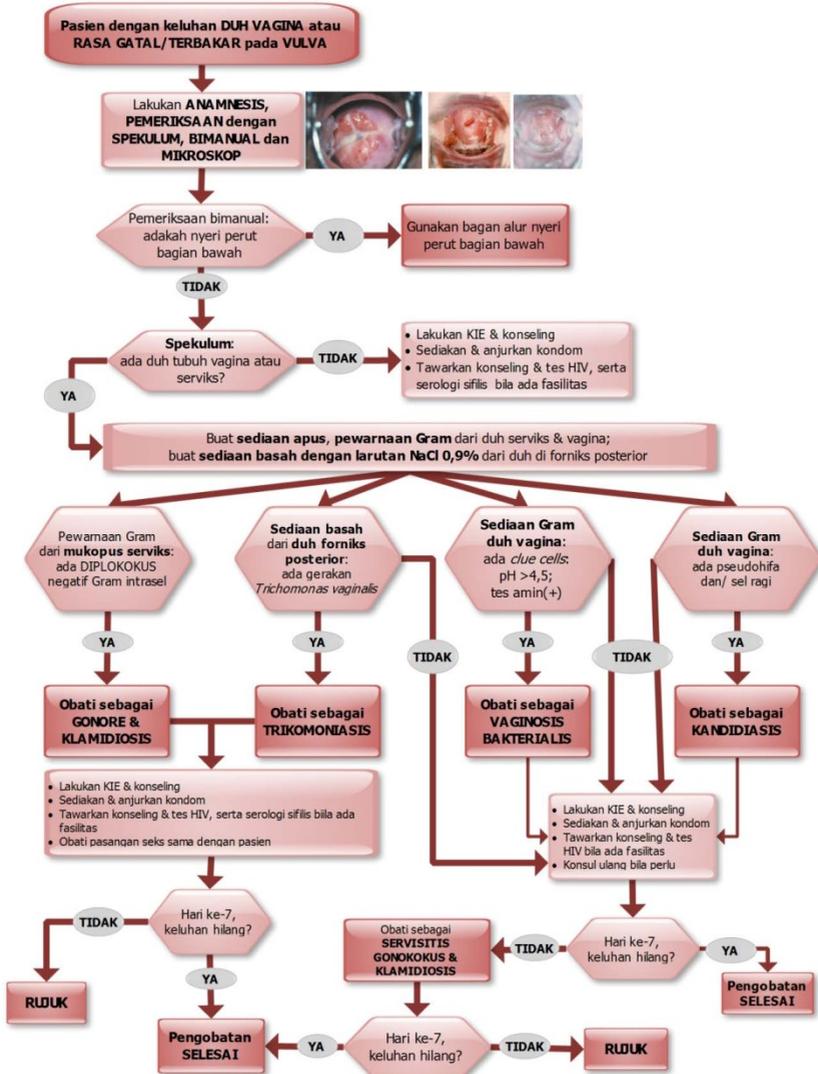
## Bagan 7. Duh Tubuh Vagina Dengan Pendekatan Sindrom



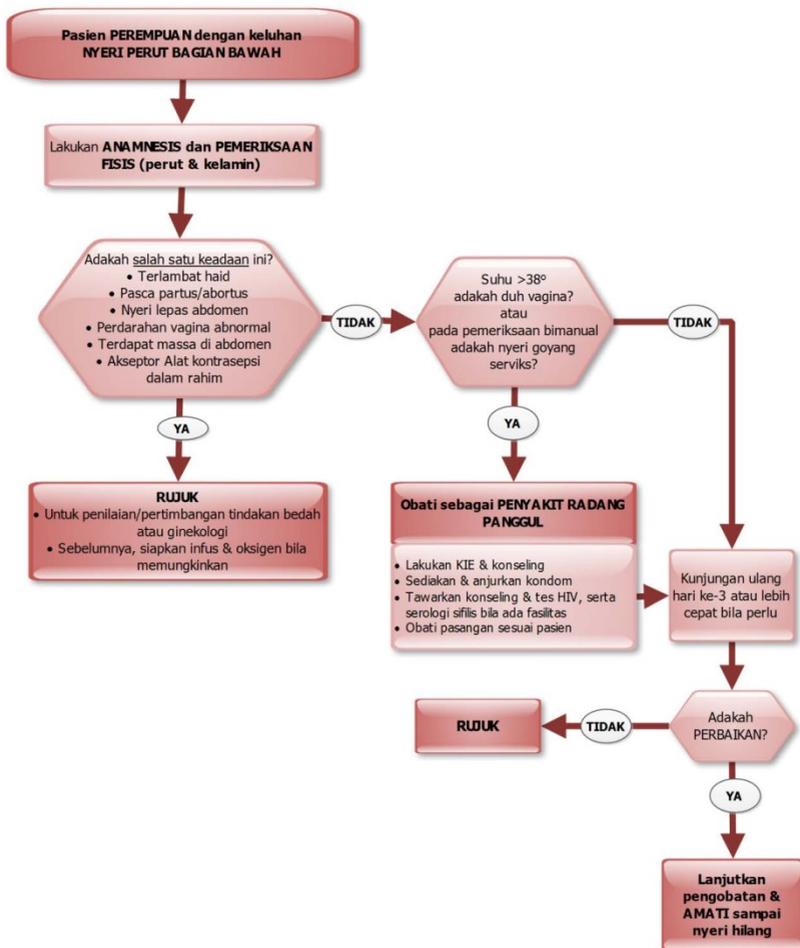
## Bagan 8. Duh Tubuh Vagina Dengan Pemeriksaan Inspekulo



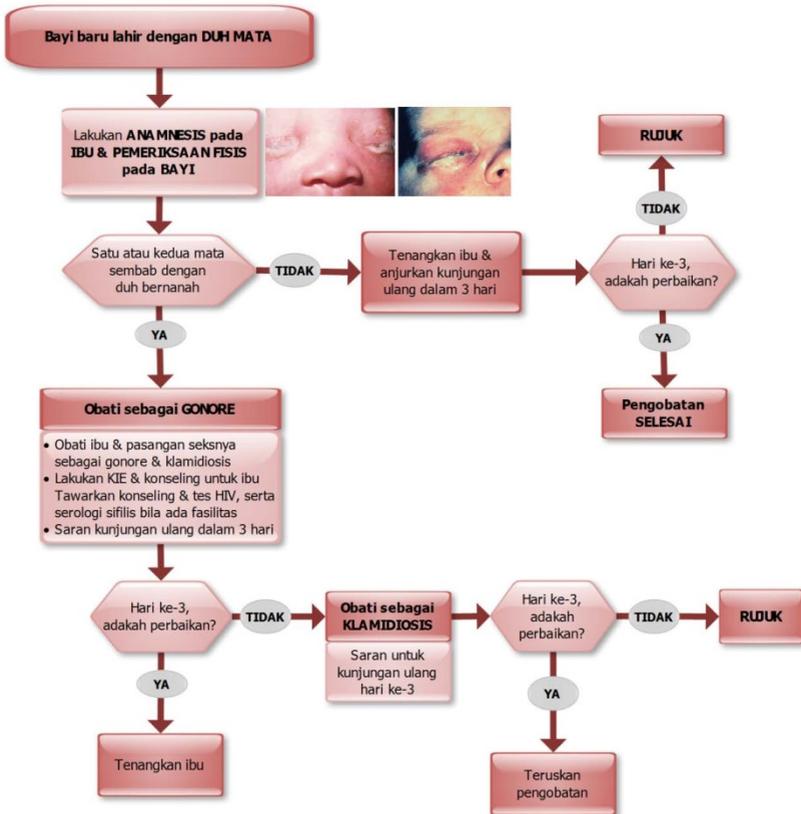
## Bagan 9. Duh Tubuh Vagina Dengan Pemeriksaan Inspekuo dan Mikroskop



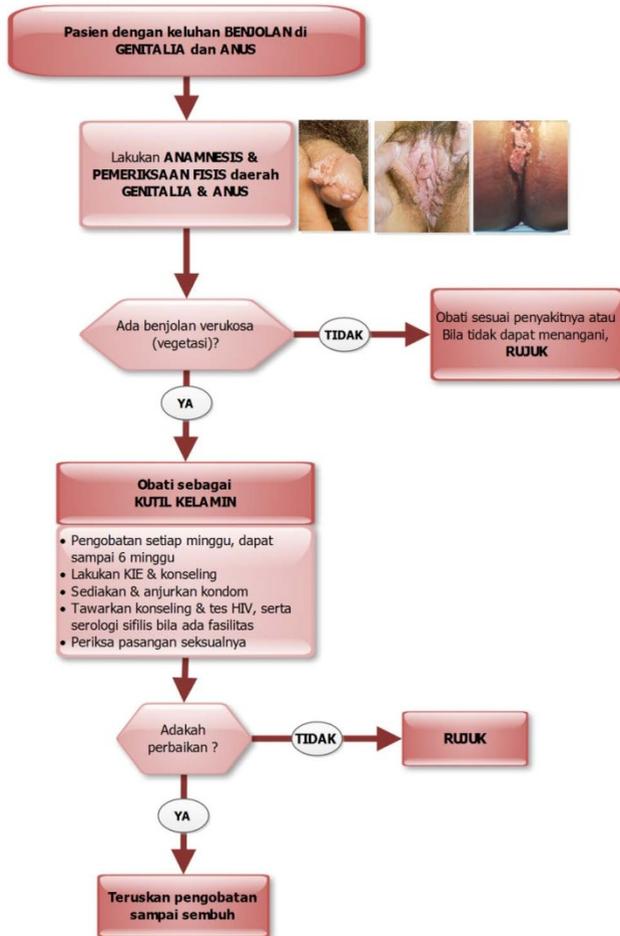
Bagan 10. Nyeri Perut Bagian Bawah Dengan Pendekatan Sindrom



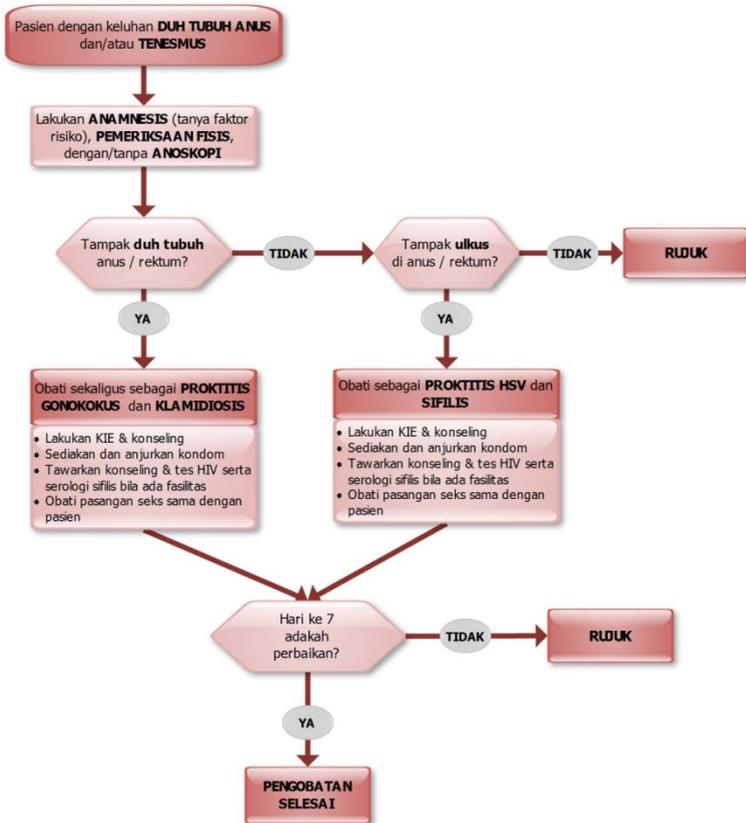
Bagan 11. Konjungtivitis Neonatorum Dengan Pendekatan Sindrom



## Bagan 12. Tonjolan (Vegetasi) Pada Genitalia



Bagan 13. Proktitis Akibat Infeksi Menular Seksual Berdasarkan Sindrom



**Lampiran 12. INSTRUMEN MONITORING DAN EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN YANG RESPONSIF GENDER TERHADAP PENYANDANG DISABILITAS**

**I. IDENTITAS FASYANKES**

<b>Nama Fasyankes</b>	:	
<b>Alamat</b>	:	
<b>Kabupaten/Kota</b>	:	
<b>Provinsi</b>	:	
<b>Telp./Fax.</b>	:	
<b>Email</b>	:	

**II. KRITERIA MONITORING DAN EVALUASI**

No	Kriteria	Penilaian		Catatan
		Ada/Ya	Tidak/Tidak Ada	
<b>A. Aspek Manajemen</b>				
1	Surat Keputusan/Struktur Tim Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu			

2	SOP/alur Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (termasuk bagi penyandang disabilitas)			
3	Kebijakan/regulasi/peraturan daerah mengenai pelayanan kesehatan reproduksi/penyandang disabilitas			
4	Penyelenggaraan pertemuan rutin intern tim kesehatan reproduksi			
5	Penyelenggaraan pertemuan dan evaluasi program terkait kesehatan reproduksi			
6	Penyelenggaraan pencatatan dan pelaporan terkait kesehatan reproduksi			
7	Akreditasi			
<b>A. Aspek Sumber Daya Manusia</b>				
1	Tenaga kesehatan terlatih/ terorientasi/ tersosialisasi pelayanan kesehatan reproduksi			
	a. Dokter Umum			
	b. Perawat			
	c. Bidan			



	b.3. Pencegahan dan Penanganan Penyakit Tidak Menular (Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim)			
	b.4. Pelayanan kesehatan Reproduksi bagi penyandang disabilitas			
3	Sikap dan perilaku petugas pada penyandang disabilitas			
	a. Pelayanan diberikan dengan ramah, hormat, empati, dan tidak diskriminatif			
	b. Petugas sensitif dan responsif terhadap penyandang disabilitas			
	c. Sosialisasi/sensitisasi gender secara berkesinambungan (peningkatan awareness terhadap kelompok rentan termasuk penyandang disabilitas)			
	<b>B. Sarana dan Prasarana</b>			
1	Lokasi, Fasilitas Umum, dan Bangunan			
	Lokasi mudah dijangkau, dapat diakses dengan mudah menggunakan transportasi umum, termasuk penyandang disabilitas			

					Tersedia jalur pejalan kaki dan jalur aksesibel bagi penyandang disabilitas (Ram, pegangan rambat)				
					Kondisi jalan masuk rata dan tidak licin				
					Tata letak ruangan pelayanan sesuai dengan alur pelayanan untuk memudahkan pengguna layanan termasuk penyandang disabilitas				
					Pembatas/sekat pada ruang pelayanan untuk setiap pengguna layanan				
					Ruang pemeriksaan khusus/konseling yang menjamin privasi				
					Lebar koridor disarankan 2,40 m dengan tinggi langit-langit minimal 2,80 m. Koridor sebaiknya lurus.				
					Apabila terdapat perbedaan ketinggian permukaan pijakan, maka dapat menggunakan ram dengan kemiringannya tidak melebihi 7°.				
					Lantai kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang, mudah dibersihkan				
					Lebar bukaan pintu utama dan ruang gawat darurat minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar dan pintu-pintu yang bukan akses brankar memiliki lebar				

	bukaan minimal 80-90 cm. Pintu harus terbuka ke luar.			
	Pintu khusus untuk KM/WC di ruang perawatan dan pintu KM/WC penyandang disabilitas, harus terbuka ke luar dan lebar daun pintu minimal 90 cm.			
	Material pintu untuk KM/WC harus kedap air.			
	Ruang gerak yang cukup untuk masuk dan keluar oleh pengguna			
	Lantai terbuat dari bahan yang tidak licin dan air buangan tidak boleh tergenang			
	Pintu harus mudah dibuka dan ditutup.			
	Kunci-kunci dipilih sedemikian sehingga bisa dibuka dari luar jika terjadi kondisi darurat.			
	Pemilihan tipe kloset disesuaikan dengan kebutuhan dan kebiasaan pengguna pada daerah setempat.			
	Toilet mengakomodasi kebutuhan penyandang disabilitas. Sebaiknya disediakan minimal 1 KM/WC umum untuk penyandang disabilitas, dilengkapi dengan tampilan rambu/symbol penyandang disabilitas pada bagian luarnya dan dilengkapi			

	dengan pegangan rambat ( <i>handrail</i> ) yang memiliki posisi dan ketinggian disesuaikan dengan pengguna kursi roda dan penyandang disabilitas lainnya. Pegangan disarankan memiliki bentuk siku-siku mengarah ke atas untuk membantu pergerakan pengguna kursi roda.			
	Toilet terpisah bagi perempuan dan laki-laki			
	Ketersediaan air bersih yang cukup			
	Tangga ergonomis, tidak curam ( $\leq 7^\circ$ ) dan dilengkapi pegangan			
2	Loket Pendaftaran			
	Tinggi loket $\pm 130$ cm (minimal setinggi dada perempuan dewasa), meja loket setinggi dada agar tidak mengakibatkan pelecehan seksual			
	Tidak ada sekat pemisah; atau bila ada sekat, tinggi lubang loket untuk komunikasi $\pm$ setinggi mulut orang dewasa			
	Adanya loket atau perlakuan khusus untuk mendahulukan pendaftaran bagi kelompok rentan (termasuk penyandang disabilitas)			

	Informasi yang lengkap tentang tarif dan pelayanan yang tersedia (baik yang dibiayai penjamin maupun biaya sendiri)			
3	Ruang Tunggu			
	Ketersediaan ruang tunggu dengan tempat duduk untuk kelompok rentan (termasuk penyandang disabilitas)			
	Ruang tunggu yang aman dan nyaman bagi klien dan pendamping klien (disabilitas)			
4	Ruang Pemeriksaan Umum			
	Adanya sistem dan aturan untuk menjaga keamanan, kenyamanan, privasi, bagi tenaga kesehatan, klien, dan pengantar/pendamping klien (tersedia pembatas antar tempat pemeriksaan dan tidak sembarangan orang dapat masuk)			
	Penataan tempat tidur disesuaikan dengan memperhatikan privasi klien			
	Pembatas/sekat pada ruang pelayanan untuk setiap pengguna layanan			

5	Ketersediaan media KIE kesehatan reproduksi yang ramah penyandang disabilitas (video promosi kesehatan audio-visual dengan captioning/peraga, alat peraga edukasi dan sebagainya)			
---	---	--	--	--

**C. Aspek Pelayanan**

NO	PELAYANAN	PELAKSANAAN	KENDALA	REKOMENDASI
1	<b>Identifikasi Kebutuhan Klien</b>			
	Mendahulukan klien dengan kondisi khusus/tertentu, seperti penyandang disabilitas			
	Penempatan pelayanan kesehatan untuk penyandang disabilitas di lantai dasar dan tersedia lift jika ditempatkan di lantai atas			
	Pelayanan di pintu masuk yang dilengkapi brankard atau kursi roda saat klien datang (perhatian			

	khusus pada penyandang disabilitas)				
	Pelayanan administrasi dengan alur yang disesuaikan bagi penyandang disabilitas				
<b>2</b>	<b>Pelayanan Pencegahan dan Penanganan IMS, HIV/AIDS, dan Hepatitis C</b>	Promotif: Preventif: Kuratif- Rehabilitatif:			
<b>3</b>	<b>Pelayanan Kesehatan Seksual</b>	Promotif: Preventif: Kuratif- Rehabilitatif:			
<b>4</b>	<b>Pelayanan Kekerasan Seksual</b>	Promotif: Preventif:			

<b>5</b>	<b>Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia</b>	Kuratif- Rehabilitatif:  Promotif:  Preventif:  Kuratif- Rehabilitatif:		
<b>7</b>	<b>Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)</b> (1) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Sebelum Hamil bagi WUS dan Catin (2) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil Pelayanan Antenatal Terpadu Pencegahan dan Penanganan Hepatitis B	Promotif:  Preventif:  Kuratif- Rehabilitatif:		

	Pelayanan Pencegahan dan Penanganan Keguguran (3) Persalinan (4) Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan (Nifas)			
<b>8</b>	<b>Pelayanan Keluarga Berencana (KB)</b>	Promotif: Preventif: Pelayanan Kontrasepsi:		
<b>9</b>	<b>Pencegahan dan Penanganan Penyakit Tidak Menular (Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim)</b>	Promotif: Preventif: Kuratif- Rehabilitatif:		

<b>D. Aspek Inovasi dan Pengembangan</b>				
<b>NO</b>	<b>PELAYANAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>KENDALA</b>	<b>REKOMENDASI</b>
1	Inovasi Puskesmas dalam pengembangan program kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas			
2	Penyuluhan/seminar/workshop bertema kesehatan reproduksi			
3	Penerbitan artikel secara periodik seputar kesehatan reproduksi			
4	Puskesmas menjadi percontohan untuk pelaksanaan program kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas			
5	Kegiatan dengan mitra kerja terkait lainnya			

### E. Koordinasi dan Kerjasama

NO	KOORDINASI DAN KERJASAMA	PELAKSANAAN	KENDALA	REKOMENDASI
1	Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan)			
2	Pemerintah Daerah			
	Dinas Kesehatan Provinsi			
	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota			
	Puskesmas/Rumah Sakit			
3	Lintas Sektor			
	Sektor Pendidikan			
	Sektor Sosial			

### F. Pemantauan dan Evaluasi

NO	TOPIK	PELAKSANAAN	KENDALA	REKOMENDASI
1	Pencatatan dan Pelaporan			
2	Monitoring dan Evaluasi			

<b>H. Kesimpulan, Rekomendasi, dan Rencana Tindak lanjut</b>	
1	Kesimpulan dan Rekomendasi
2	Rencana Tindak Lanjut





ISBN 978-602-416-361-7



9 786024 163617